

Bilanz des KHRG: Ein nicht abgeschlossenes Bauwerk

Interview mit DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) tritt im März 2009 in Kraft. Im Interview mit Chefredakteur Peter Ossen nimmt DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters eine Bewertung aus grundsätzlicher Sicht vor, ohne alle Einzelregelungen zu kommentieren. Noch unter dem Eindruck eines Verfahrens, das am Ende zu Recht als chaotisch und teilweise krankenhausesfeindlich empfunden werden konnte, schälen sich als die Kernpunkte der Kritik die Deckelung der Krankenausgaben in neuer Form und die forcierte Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenhäuser heraus.

Wie fällt Ihre Bilanz des KHRG aus?

Das KHRG sollte eigentlich die letzte Baumaßnahme und der krönende Schlussstein am Gebäude eines neuen Finanzierungssystems sein. Allerdings müssen wir resümieren, dass eine endgültige Fertigstellung der Baustelle offensichtlich noch nicht erreicht ist. Es sind Lücken geblieben und Unvollkommenheiten, die uns weiter beschäftigen werden. In der Gesamtbewertung des Gesetzes muss man festhalten, dass es erhebliche weitere und grundsätzliche Mängel hat. Trotzdem gilt: Jetzt sind die Eckpunkte für die nähere Zukunft bekannt. Wir wissen auch, was uns zur Verfügung steht bzw. was uns nicht zur Verfügung steht. Die Mechanismen des Gesetzes liegen auf dem Tisch. Wir haben Kritik daran und werden diese weiter vortragen und um Verbesserungen und Klarstellungen ringen. Die Häuser müssen sich in ihrer Betriebswirtschaft an den Gegebenheiten ausrichten und haben eine Vielzahl von Ad-hoc-Regelungen umzusetzen. Die Experten vor Ort sind damit voll beschäftigt. Ihnen muss jetzt die ganze Unterstützung seitens der Krankenhausesellschaften gelten.

Wo liegen die Hauptmängel und kritischen Punkte des Gesetzes?

Zunächst einmal ist es ein Erfolg, dass die Deckelung des Krankensektors mit der Grundlohnrate ab 2011 abgeschafft ist – eine unserer zentralen Forderungen der vergangenen Jahre, die auch bei der gro-

ßen Demonstration am 25. September in Berlin im Mittelpunkt stand. Dieser Erfolg relativiert sich jedoch, weil wir nun mit einer Deckelung in neuer Form konfrontiert werden, und zwar ganz nach dem Gusto des BMG. Es wurde – wie wir im vergangenen Dezember schon erleben konnten – eine Form der Deckelung gegen eine andere ausgetauscht. Das ist für alle, insbesondere auch für die Zehntausenden Krankenhausmitarbeiter, die sich in vielfältiger Weise engagiert haben, enttäuschend, und auch gleichzeitig der wichtigste Mangel des KHRG. Der vom Statistischen Bundesamt zu errechnende Orientierungswert ist für sich alleine genommen sicher ein Fortschritt gegenüber der bisherigen Bestimmung der Grundlohnrate. Es zeichnet sich jedoch jetzt schon ab, dass die künftige Festlegung eines Veränderungswertes durch die Bundesregierung

zeitlich immer im Zusammenhang stehen wird mit der Entscheidung über die Höhe des einheitlichen GKV-Beitragssatzes. Mit dem Gesundheitsfonds hat die Regierung sich ja selber enge Fesseln angelegt. Sie kann nun je nach „Kassenlage“ von dem Orientierungswert des Statistischen Bundesamtes durch Rechtsverordnung abweichen und sogar eine sektorspezifische Deckelung vornehmen.

Findet sich die DKG mit dieser Regelung ab?

Wir werden weiterhin gegen die Deckelung der Krankenausgaben vorgehen. Ich rechne damit, dass es Jahr für Jahr im Zusammenhang mit der Festlegung des Veränderungswertes





„Mit dem KHRG sind die Gesetzgebungsmaßnahmen im Krankenhausbereich nicht zu einem Endpunkt gekommen. Die Krankenhausfinanzierung bleibt eine Baustelle.“

Dr. Rudolf Kösters

harte politische Diskussionen geben wird. Zu beobachten sein wird ja auch, inwieweit die Politik ihre Ankündigung wahr macht, vermehrt und nachhaltig Steuergelder in den Fonds einzuspeisen. Wir werden nach wie vor darauf bestehen, dass in einem leistungsbezogenen Finanzierungssystem auch eine leistungsgerechte Vergütung in voller Höhe bezahlt wird. Die Politik wollte ein solches System haben, und die Krankenhäuser haben es gegen anfängliche Skepsis mit einem erheblichen Aufwand in den vergangenen Jahren auf die Beine gestellt und damit eine enorme Transparenz geschaffen. Nun muss die Politik auch bereit sein, die Konsequenzen daraus zu tragen.

Welche weiteren Kritikpunkte gibt es hinsichtlich der Finanzierung der Krankenhausleistungen?

Die Vergütung der Krankenhäuser wird künftig verschlechtert durch die Einbeziehung der Fallschwere in die Entwicklung der Landesbasisfallwerte. Fallzahlen und Fallschwere werden künftig den Kostenentwicklungen in den Kliniken gegengerechnet. Die Preise für Krankenhausleistungen werden dadurch systematisch „verwässert“. Dies ist gegenüber dem Status quo ein echter Rückschritt und wird erhebliche Auswirkungen haben. Die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt sollen zwar Berücksichtigung finden, aber diese Komponenten sind bekanntlich nur äußerst schwer zu quantifizieren. Deshalb haben wir die große Sorge, dass das Morbiditätsrisiko nahezu vollständig auf die Krankenhäuser abgewälzt wird. Die Krankenhäuser geraten in puncto Fallzahl- und Schweregradentwicklung in eine Art Zwangsjacke und es wird so etwas wie ein „Hamsterradeffekt“ ausgelöst, wie er aus dem niedergelassenen Bereich bekannt war. Auch das Thema Verteilungsgerechtigkeit wird hier in unzumutbarer Weise strapaziert: Wenn künftig in bestimmten Bereichen der Medizin, etwa der Herzchirurgie oder der Orthopädie, aufgrund der steigenden Nachfrage mehr Fälle und/oder höhere

Schweregrade abgerechnet werden, sinkt wie in einem System der kommunizierenden Röhren auch der Preis für die Geburt oder für die Blinddarmoperation. Das kann so nicht bleiben und muss geändert werden, notwendig erscheint mir ein gezielteres System.

In der Öffentlichkeit ist der Eindruck erweckt worden, die Politik würde den Krankenhäusern großzügig unter die Arme greifen. Ist das völlig abwegig?

Was die Tarifhilfen angeht, ist anzuerkennen, dass die Politik nach langer intensiver Überzeugungsarbeit endlich die Notlage vieler Krankenhäuser erkannt hat. Die Enttäuschung besteht in der 50-Prozent-Quotierung und in der Gesamtsumme dessen, was den Krankenhäusern zugestanden wird. Die Regierung hat sich hier einiges schön gerechnet, dies wurde vom Bündnis „Rettung der Krankenhäuser“ zu Recht als eine „Mogelpackung“ zurückgewiesen. Nach wie vor bleiben die Kliniken auf einem großen Teil der Tarifkosten- und auf den kompletten Sachkostensteigerungen sitzen. Dies ist nach 15 Jahren Deckelung der Krankenhausaussgaben nicht mehr aus dem Bestehenden herauszuschwitzen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Hilfen jetzt tatsächlich erst spät im Jahr fließen werden, weil das Gesetz Verhandlungen mit den Kassen vorsieht, die erfahrungsgemäß langwierig sein werden. Wir haben es bis zuletzt versucht, aber wir konnten die Abgeordneten nicht überzeugen, über eine gesetzlich vorgegebene Prozentzahl eine schnellere Lösung zu ermöglichen. Es bleibt geradezu grotesk, dass ein mehr und mehr geschrumpftes Hilfspaket erst zeitverzögert greifen wird, während überall in der Volkswirtschaft nach Möglichkeiten gesucht wird, die Konjunktur schnell zu fördern. Branchen, die den Krankenhäusern noch vor nicht allzu langer Zeit als Vorbilder vorgeführt wurden, lassen sich jetzt mit vielen 100 Mrd. € aus Steuergeldern helfen. Davon könnten die Kostensteigerungen der Krankenhäuser

für die nächsten 50 Jahre bezahlt werden. Trotzdem lässt die Politik es zu, dass die ab Januar 2009 zu zahlenden höheren Löhne von den Kliniken teuer vorfinanziert werden müssen, obwohl den Kassen Monat für Monat über den Fonds Mittel einschließlich der Hilfen für die Krankenhäuser bar zufließen. Ich bleibe dabei: Das ist ein Skandal. Davon ist nichts zurückzunehmen.

Worauf führen Sie ein solches Vorgehen zurück?

Es fehlt scheinbar in unserer Republik nach wie vor an einer ausreichenden Wertschätzung des Gesundheitsbereichs, den wir vermehrt als „Gesundheitswirtschaft“ bezeichnen. Der Begriff „Wirtschaft“ im Zusammenhang mit „Gesundheit“ soll ja unter anderem ausdrücken, dass eine ordentliche Leistung auch ordentlich zu bezahlen ist. Aber das bleibt alles Schall und Rauch, solange die Wertschöpfung des Gesundheitswesens nicht anerkannt wird. Die bisherigen Vorzeigebereiche der Volkswirtschaft – Bankenwesen und Automobilindustrie – sind ins Schlingern geraten und drohen die ganze Wirtschaft mit in den Abschwung zu ziehen. Sie folgen auf diesem Abwärtspfad der vormaligen Vorzeigebereiche „Neuer Markt“. Was haben sich die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren an guten Ratschlägen aus manchen dieser Branchen anhören müssen, wie man die Patientenversorgung besser und effizienter gestalten könnte. Die Leistungen der Krankenhäuser, der Medizin, der Pflege und aller anderen Beteiligten, die sich höchst effizient, innovativ und engagiert um die Gesundheit der Menschen und damit gleichermaßen um die Humanität und um die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft kümmern, wird nach wie vor von vielen Industrie- und Wirtschaftskapitänen als zweitrangig eingestuft. Arbeitgeberpräsident Hundt ist da mit seiner Meinung nur die Spitze des Eisbergs. Aus dieser Betrachtungsweise kann man sich wohl nur befreien, wenn die Kopplung der Gesundheitsausgaben an die Arbeitseinkommen abgeschafft wird und wir nicht mehr als „Lohnnebenkosten“ abqualifiziert werden können.

War der Protest der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiter in einem großen Bündnis von den Gewerkschaften bis zu den Arbeitgebern letztlich vergeblich?

Das Bündnis „Rettung der Krankenhäuser“ hat auf Bundes- und Landesebene hervorragend gearbeitet und wurde von den Krankenhäusern und den Mitarbeitern bestens unterstützt und getragen. Auch wenn unsere Forderungen letztlich nicht voll erfüllt worden sind, wird die Erfahrung der eigenen Stärke und der Solidarität bleiben. Es ist doch äußerst fraglich, ob das Kabinett am 24. September die bekannten Beschlüsse gefasst hätte, wenn nicht vorher wochenlang seitens der Bündnisse auf der Länder- und Ortsebene entsprechender Druck gemacht worden wäre. Zahlreiche Abgeordnete und auch Landesminister sind durch den Protest in ihren Wahlkreisen vor Ort hellhörig geworden und haben sich des Themas angenommen. Dem ist dann die Politik in Berlin ein Stück weit gefolgt. Seien wir ehrlich: Niemand hätte es vor dem 25. September 2008 für möglich gehalten, dass so viele Menschen aus den Krankenhäusern, auch aus den am weitesten entfernt liegenden Regionen Deutschlands, nach Berlin fahren, um ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen. Die Politik hat zur Kenntnis nehmen müssen, dass es für die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter Grenzen des Erträglichen gibt und wird dies nicht vergessen. Mit dem KHRG sind die Gesetzgebungsmaßnahmen im Krankenhausbereich nicht zu einem Endpunkt gekommen. Einige Themen hierzu habe ich selber genannt. Die Krankenkassen werden wohl unter dem Druck des Gesundheitsfonds weiter ihre Linie der Selektivverträge verfolgen. Auch gilt es, gemeinsam zu beobachten, wie die „neue Deckelung“ sich entwickelt. So wird es in den kommenden Jahren genügend Situationen geben, in denen das Bündnis der Krankenhäuser erneut gefragt ist, um Schlimmeres zu verhindern.

Sie haben anlässlich der Verabschiedung des KHRG im Bundestag Mitte Dezember eine „krankenhausfeindliche“ Atmosphäre beklagt. Hat sich dies nun fortgesetzt und bewahrt?

Ich bleibe dabei: Nach dem Kabinettsbeschluss wurde seitens des BMG mit einer unübersichtlichen Zahl von Vorschlägen zu Änderungsanträgen dieses Gesetzgebungsverfahrens in geradezu chaotischer Weise belastet. Glücklicherweise wurden nicht alle diese Anträge übernommen, zum Beispiel die Absicht, die Schiedsstellenfähigkeit bei der Vereinbarung von

**Wir finanzieren
Gesundheit!**



Ihr Partner für Mobilien-Leasing im Gesundheitswesen

Die Hannover Mobilien Leasing blickt auf über 20 Jahre Erfahrung in der Finanzierung von Medizintechnik, IT und mobilen Wirtschaftsgütern im Gesundheitswesen zurück.

Ob für Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Einrichtungen, Ärzte oder Apotheken, wir entwickeln bedarfsgerechte Finanzierungslösungen für Ihre medizinischen Einrichtungen.

Nutzen Sie unser Know-How!

HANNOVER MOBILIEN LEASING GmbH
Bavariafilmpfad 8, 82031 Grünwald
Tel.: 089/21104-171 / Fax: 089/21104-130
E-Mail: gesundheit@hannover-leasing.de

HANNOVER MOBILIEN LEASING



DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters am 16. Februar 2009 im Interview mit „das Krankenhaus“-Chefredakteur Peter Ossen
Foto: Behler

Ein leistungsorientiertes Vergütungssystem verträgt kein Deckelungskuratel

„Man kann nicht ein leistungsorientiertes Vergütungssystem installieren und dann doch wieder den Krankenhäusern in raffinierter Weise die volle Bezahlung der Leistungen vorenthalten. Das Morbiditätsrisiko gehört auf die Seite der Krankenkassen und darf nicht zulasten der Leistungserbringer gehen. Dafür sind Krankenkassen da. Wenn künftig bei der Bemessung der Landesbasisfallwerte die Entwicklung der Fallschwere negative Berücksichtigung findet, ist dies für die Krankenhäuser insgesamt eine ganz fatale Entwicklung. Bei weitem nicht jedes Krankenhaus hat die Möglichkeit, sinkende Preise im Gesamtsystem durch eine Leistungsausweitung zu kompensieren.“

„Ein leistungsorientiertes System verträgt nicht im Nachhinein eine Dauerbudgetierung. Die DKG hat sich nach langer innerer Diskussion am 27. Juni 2000 mit einem deutlichen Votum für die Einführung des DRG-Systems entschieden, gerade weil dadurch das Leistungsgeschehen in den deutschen Krankenhäusern transparenter wird und die erbrachten Leistungen tatsächlich auch in voller Höhe bezahlt werden. Deswegen haben wir uns für dieses System geöffnet. Die Krankenhäuser haben enorme Anstrengungen unternommen, um das System aufzubauen, zu installieren und weiterzuentwickeln. Die Anwendung ist in der Datenerfassung und -auswertung hoch differenziert und bindet selbst erhebliche Kräfte. Es wurde in großem Umfang in Personal und EDV-Programme investiert. Wenn dieses System jetzt wieder unter Deckelungskuratel gestellt wird, können wir damit nicht zufrieden sein. Es muss dann die Frage erlaubt sein, wofür diese enormen Ressourcen aufgewendet wurden und werden.“

Mehrmengen zu streichen. Das wäre dann letztlich noch der größte Schlag gewesen. Hier hat es in einigen Fraktionen durchaus besonnene Abgeordnete gegeben, die dem negativen Trend gegen die Krankenhäuser Grenzen gesetzt haben. Trotzdem sind durch das Insistieren des BMG gegenüber dem Kabinettsentwurf durchweg Verschlechterungen eingetreten. Begrüßenswert war am Ende die Aufstockung der befristeten Personalkostenzuschüsse für Pflegekräfte auf 90 Prozent. Die eher kritische Gesamteinschätzung wird dadurch aber nicht mehr grundsätzlich verändert.

Es drohte die Gefahr, dass der letzte Konvergenzschritt komplett abgeschnitten wurde. Wie kommen die Häuser jetzt mit der verlängerten Konvergenz klar?

Die Streckung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr bedeutet für nicht wenige Krankenhäuser 2009 den Wegfall geplanter Einnahmen. Trotzdem konnten wir in der Tat am Ende noch froh sein, dass durch die Verteilung auf zwei Jahre die Entwicklung noch einigermaßen gerettet wurde, auch wenn die Krankenkassen nun schon wieder versuchen, die Dinge in ihrem Sinne umzudeuten.

Eine der zwischen Bund und Ländern umstrittensten Regelungen des KHRG betrifft die Investitionsfinanzierung. Wie ist diese Thematik aus DKG-Sicht einzuschätzen?

Insgesamt können die Krankenhäuser mit den Regelungen zur Investitionsfinanzierung im KHRG nicht zufrieden sein, die ja einen Kompromiss zwischen den Positionen des BMG und denen der Länder darstellen. Die Vorstellungen des BMG im ersten Entwurf des Gesetzes haben den Ländern mehr Stringenz in der Investitionsfinanzierung abverlangt, als diese zugestehen wollten. Vielleicht hat es an der Sensibilität zwischen BMG und Ländern gefehlt, um eine bessere Lösung hinzubekommen. Was jetzt zur Erarbeitung eines Konzeptes zur Finanzierung über Investitionspauschalen im Gesetz steht, ist eine eher unverbindliche Bestimmung. Letztendlich werden die Länder nicht ausreichend in die Pflicht genommen. Es ist auch nicht zu erkennen, dass die Länder nach dem Beharren auf ihrer Verantwortung und ihren Kompetenzen sich nun herausgefordert fühlen, das Notwendige in der Investitions-

finanzierung auf ihrem eigenen Weg zu leisten. Die meisten lassen es an der Ernsthaftigkeit fehlen, die erforderlichen Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen.

Wie sind die Investitionspauschalen generell zu bewerten?

Die Investitionspauschalen sind ein sehr interessantes Finanzierungsmodell, wenn sie eine ausreichende Höhe haben, die auch zum Beispiel die Kreditfinanzierungskosten mit in Ansatz bringt, die ein Krankenhaus hat, wenn es größere Bauvorhaben mit den Pauschalen finanzieren können soll. Diese Kreditfinanzierungskosten machen bis zu 30 Prozent der Gesamtsumme aus und schmälern die zur Verfügung stehenden Mittel erheblich. Wenn durch Investitionspauschalen wie in

NRW noch nicht einmal die Hälfte dessen zur Verfügung gestellt wird, was betriebswirtschaftlich notwendig ist, bleibt der Investitionsstau nicht nur erhalten, sondern er vergrößert sich Jahr um Jahr. Alles in allem ist das KHRG in der Investitionsfrage halbherzig, aber das ist an dieser Stelle nicht der Bundesebene alleine vorzuwerfen.

Die Formulierungen im KHRG haben im Detail Anlass zu Kritik gegeben. Wie wird diese Diskussion weitergehen?

Die Krankenkassen versuchen, jede unscharfe oder verunglückte Formulierung für ihre Zwecke und gegen die Krankenhäuser auszunutzen und führen dabei auch das „Inkrafttreten des Gesetzes“ ins Feld, zum Beispiel bei den Abschlagsregelungen im Zusammenhang mit dem geteilten letzten Konvergenzschritt, bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2009 und hinsichtlich der zu verhandelnden Mehrmengen in diesem Jahr. Wir haben bereits Klarstellungen von interpretationsanfälligen Einzelformulierungen gefordert, das BMG und die Bundesregierung haben inzwischen zumindest teilweise Klarstellungen vorgenommen, auch im Zusammenhang mit der Verabschiedung der AMG-Novelle (siehe auf Seite 216/217 in diesem Heft). Bei den unterschiedlichen Interpretationsansätzen hauptsächlich bezüglich des § 10 KHEntgG durch die Krankenkassen geht es um mehrstellige Millionenbeträge für

die Krankenhäuser in einigen Bundesländern. Die Intention des Gesetzes würde teilweise in ihr Gegenteil verkehrt und der letzte Konvergenzschritt praktisch in Gänze von den Krankenkassen einkassiert. Es würde ein eklatanter Widerspruch zu den Regelungen des § 5 KHEntgG entstehen. Das kann so nicht der Wille des Gesetzgebers sein.

Ist die Korridorlösung des KHRG in Richtung Bundesbasisfallwert akzeptabel?

Diese Regelung ist umstritten und es gibt nicht nur in der DKG unterschiedliche Meinungen darüber. Wir müssen dies zunächst als eine Lösung hinnehmen, mit der die Krankenhäuser zumindest einigermaßen leben können. Es ist sicherlich kein unfreundlicher Akt, den Korridor asymmetrisch auszugestalten. Hier kamen auch bestimmte Länderinteressen zur Geltung. Im Gesetz ist aber keine abschließende Lösung vorgegeben. Es sollen 2014 die Gründe für die Unterschiede in den Landesbasisfallwerten noch einmal zu einer Bewertung herangezogen werden. Wenn es belegbare Kostenunterschiede gibt, wird die Diskussion über diese Thematik weitergeführt werden, bevor alles zu einem einheitlichen Bundesbasisfallwert eingeebnet wird. Ich halte dies für eine vernünftige Lösung, die verschiedene Perspektiven offen hält. ■



Einfach unermüdlich.



Was zeichnet einen guten Partner aus?

Man kann sich auf ihn verlassen. Mit Fujitsu als Partner sind Sie in besten Händen, Sie können sich auf uns und jedes unserer Produkte verlassen. Als Markt- und Technologieführer* mit jahrzehntelanger Erfahrung sorgen wir dafür, dass Fujitsu Scanner immer auf dem neuesten Stand der Technik sind. Fujitsu hat den idealen Scanner für genau Ihre Anforderungen.

Was erwarten Sie von einem idealen Produktionsscanner?

Produktivität, Vielseitigkeit, Zuverlässigkeit und Benutzerfreundlichkeit. Dann ist der fi-5900C der Scanner Ihrer Wahl. Er verarbeitet unterschiedlichste Papierqualitäten zuverlässig und optimiert dank integriertem Kofax VRS 4.1 Professional Schnittstellenmodul zeitgleich die gescannten Bilddaten. Aufgrund der einzigartigen Kombination dieser und vieler weiterer Funktionen verändert der fi-5900C die Welt des Produktionsscanners.

Weitere Informationen unter <http://emea.fujitsu.com/scanners>



**fi-5900C
PRODUKTIONS-
SCANNER**



THE POSSIBILITIES ARE INFINITE