

## Krankenhausfinanzierung ab 2009

### Wir brauchen ein Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“!

Die Krankenhausfinanzierung ab 2009 (Ende der Konvergenzphase) ist eines der beherrschenden Themen der aktuellen Gesundheitspolitik. Nachdem die Bund-Länder-Verhandlungen vom 2. bis 3. 7. 2008 in Plön über die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung gescheitert sind, ist ein nachhaltiges Konzept für die Finanzierung der Krankenhäuser nicht in Sicht. Die Bundesärztekammer hat mit ihrem Positionspapier frühzeitig auf das Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums reagiert und die Position der Ärzte zu den dargestellten Problemen und den tatsächlichen Defiziten dargelegt. Wenn die Kliniken nicht endlich auf eine tragfähige Refinanzierung ihrer Kosten vertrauen können, ist die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen massiv gefährdet. Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm und die Sächsische Landesärztekammer haben auch die Forderung aufgestellt, die Krankenhausfinanzierung im Interesse einer flächendeckenden

und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung auf eine solide, zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Von 1936 bis 1972 wurden die Krankenhäuser in Deutschland (West-) allein durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Folge war ein desolater Zustand der Krankenhäuser, der den Gesetzgeber veranlasste, das KHG (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze) zu verabschieden. Mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom 29. Juni 1972 unterliegen deutsche Krankenhäuser der dualen Finanzierung. Ziel der KH-Finanzierung und des KHG ist gemäß § 1 KHG die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung, mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen unter Beachtung der Trägervielfalt. Charakteristisch für die duale Finanzierung ist die – Trennung der Kosten in Investitionskosten, die durch die Bundesländer aufgebracht werden und – Kosten, die von den Versicherten (bzw. deren Krankenkassen) zu tragen sind. Basis der Investitionsfinanzierung ist der jeweilige Kranken-

hausplan des Bundeslandes. Zusammen mit den aufgestellten Investitionsprogrammen sichern diese die Finanzierung der Investitionskosten von Krankenhäusern. Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden von den Patienten (oder deren Krankenkassen) durch Erlöse aus Pflegesätzen (nach dem Fallpauschalengesetz durch Diagnosis Related Groups – DRGs) getragen.

In den neuen Bundesländern musste die Investitionsfinanzierung nach der Wiedervereinigung grundsätzlich neu geregelt werden, da die Bausubstanz der 1945 übernommenen Krankenhäuser praktisch aufgebraucht war! Nur ganz vereinzelt gab es Neubauten. In der Regel wurden Reparaturen nur bei Gefährdung des Weiterbetriebs durchgeführt („Zuweisung von Handwerksbilanzen“) und moderne Medizintechnik war Mangelware. 1992 wurde im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes ein gemeinsam und paritätisch von Bund, neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) und GKV zu finanzierendes Investitionsprogramm gesetzlich verankert. Dieses beinhaltet ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 21 Mrd. DM (1994 bis 2004 bzw. 2014).

In Sachsen konnte so auch unter Einsatz von Mitteln aus dem Solidarpakt eine leistungsfähige Krankenhauslandschaft aufgebaut werden.

Inzwischen ist allerdings festzustellen, dass sich die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser in den letzten Jahren trotz intensiver Bemühungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit nachweislich deutlich verschlechtert hat, da die Potentiale ausgeschöpft sind und die duale Finanzierung der Krankenhäuser in beiden Finanzströmen unzureichend ist:

- a) Eine ausreichende Refinanzierung der laufenden Kosten durch die jahrelange Budgetdeckelung erfolgt nicht.
- b) Die Investitionsförderung vor allem in den alten Bundesländern entspricht schon lange nicht mehr der im KHG §9 geforderten Notwendigkeit.

#### Daten und Fakten:

- Am 31. Dezember 2006 gab es im Freistaat Sachsen 82 Krankenhäuser, drei weniger als im Vorjahr.
- Im Jahresdurchschnitt 2006 standen insgesamt 26.883 Krankenhausbetten zur Verfügung, das waren 718 aufgestellte Betten weniger als im Vorjahr.
- Für die Versorgung von jeweils 100.000 Einwohnern in Sachsen standen durchschnittlich 631 Betten zur Verfügung, 13 Betten weniger als 2005. Damit liegt Sachsen über dem Bundesdurchschnitt von 620 Betten je 100.000 Einwohner.
- 38 Krankenhäuser befanden sich in der Trägerschaft der öffentlichen Hand (davon hatten 16 Häuser einen öffentlich-rechtlichen Träger und 22 einen privatrechtlichen Träger), 16 hatten einen freigemeinnützigen Träger und 28 Krankenhäuser wurden privat geführt.
- Ausgaben 2006 für Personal, Sachmittel, Zinsen und Steuern sowie Ausbildungsstätten 3,1 Milliarden Euro.
- Erhöhung der Brutto-Gesamtkosten in den Krankenhäusern auf rund 101 Millionen € bzw. 3,3 Prozent im Vergleich zum Jahr 2005.
- Kosten pro Behandlungsfall stiegen 2006 um 3,2 Prozent auf durchschnittlich 3.384 Euro.
- Kosten je Berechnungs- und Belegungstag stiegen im gleichen Zeitraum um 6 Prozent auf rund 400 Euro.
- Kosten je behandelten Patienten lagen im Bundesdurchschnitt bei 3.932 Euro; die Kosten je Berechnungs- und Belegungstag bei durchschnittlich 465 Euro.

Quelle: Statistisches Landesamt

Zu fordern ist:

- Die ausreichende Abbildung aller Kosten (dazu gehört insbesondere die ärztliche Aus- und Weiterbildung) in den DRG's mit automatischer Anpassung von Tarifveränderungen und allgemeiner Preisentwicklung (zum Beispiel Energiekosten).
- Zusätzliche Finanzierung von Leistungszuwächsen infolge Morbidität sowie Mehraufwand des medizinischen Fortschritts.
- Der staatliche Sicherstellungsauftrag ist nicht aufzugeben, die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung muss in der Verantwortung der Länder bleiben. Denn zu den Kernaufgaben eines modernen Sozialstaates zählt der Aufbau und Erhalt einer leistungsfähigen Krankenhausstruktur. Den Bürgerinnen und Bürgern sollen in alle Landesteilen zeitgemäße, medizinisch hochwertige Einrichtungen in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stehen. Die Kompetenz für die Krankenhausplanung liegt aus guten Gründen bei den Ländern. Nur der Staat garantiert Unparteilichkeit und Objektivität. Er ist dem Gemeinwohl verpflichtet und verfolgt keine anderweitigen Ziele. Eine ausreichende Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Sie folgt aus der Verantwortung des Staates für die Daseinsvorsorge, die im Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes verankert ist.
- Die vom BMG angestrebte Einschränkung des Kontrahierungszwangs auf bestimmte Leistungskomplexe durch Einzelverträge führt zu einem reinen Preiswettbewerb und ist deshalb abzulehnen. Freigabe der Preise nach unten (Rabattierung) durch Einzelverträge stärkt die Marktmacht der Kassen, würde aber eine Verschlechterung der Versorgungs- und Behandlungsqualität zur Folge haben und für die Patienten erhebliche Einschränkungen des Grundsatzes der freien Kranken-

hauswahl bedeuten. Darüber hinaus gefährdet sie aus ökonomischer Sicht erheblich die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung durch ein Krankenhaus ohne Erbringung elektiver Leistungen.

- Zur nachhaltigen wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ist die Investitionsförderung nach § 9 Absatz 5 KHG so zu gestalten, dass sie die notwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser trägt.
- Der 111. Deutsche Ärztetag hat erneut die Durchführung einer entsprechenden zeitnahen Auswertung für die schrittweise Einführung eines Bundesbasisfallwertes gefordert. Eine gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgesehene Begleitforschung steht noch aus.

Die auf Bundesebene versuchte Neuregelung der Krankenhausfinanzierung mit Einengung der Kompetenz der Länder und Stärkung der Position der Krankenkassen durch Einführung eines monistischen Systems, mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern durch Einzelverträge mit den Krankenkassen und Einführung eines Bundesbasisfallwertes ohne eingehende Datenauswertung der vorgesehenen Begleitforschung löst keines dieser Probleme. Solange das BMG diesen Erfordernissen nicht Rechnung trägt, ist ein Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ erforderlich. Eine **Großdemonstration des Aktionsbündnisses findet am 25. September 2008 in Berlin** statt. Sie sollte von jedem Arzt unterstützt werden, um die befürchteten Einbrüche in der Krankenhausversorgung unserer Patienten zu verhindern!

Dr. med. Eberhard Huschke  
Vorsitzender des Ausschusses Krankenhaus  
der Sächsischen Landesärztekammer