

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Michael Link (Heilbronn), Markus Löning, Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Dr. Daniel Volk, Christoph Waitz, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 16/10807, 16/10868, 16/11429 –**

Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)

Der Bundestag wolle beschließen:

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Schritt für Schritt wird der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und dem GKV-Organisationsrechtsänderungsgesetz (GKV-OrgWG) begonnene Weg in ein staatliches Gesundheitssystem mit dem Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) fortgesetzt. Mehr und mehr bestimmt der Gesetzgeber bzw. die Bundesregierung, wie viel Geld für welche Verwendungen zur Verfügung gestellt wird. Mit dem Gesundheitsfonds und der staatlichen Festsetzung eines Einheitsbeitragssatzes für die gesetzliche Krankenversicherung legt die Regierung fest, wie viel Geld dem Gesundheitswesen insgesamt zur Verfügung steht. Mit dem Gesetzentwurf zur Krankenhausfinanzierungsreform bestimmt sie zudem, wie viel Geld davon in den stationären Sektor fließen darf. Dabei wird nicht davon ausgegangen, welche Finanzmittel ein effizient arbeitendes Krankenhaus benötigt, sondern davon, wie viel Geld man glaubt, politisch vor einer Wahl verantworten zu können. Nicht mehr die Beteiligten vor Ort, die die regionalen Strukturen und die besonderen Verhältnisse kennen, sind diejenigen, die darüber verhandeln, wie viel Geld wofür eingesetzt

wird, sondern der Staat. Der Gesetzentwurf ist ein weiteres Beispiel für diese Vorgehensweise. Er enttäuscht alle Erwartungen, mit dem Ende der Konvergenzphase zur Umstellung des Vergütungssystems im Krankenhausbereich auf die DRGs einen ordnungspolitischen Rahmen zu schaffen, der die Vorteile eines solchen Fallpauschalensystems auch tatsächlich zum Tragen bringt. Weder im Bereich der Vergütung noch im Bereich der Investitionsfinanzierung werden die Weichen so gestellt, dass Effizienzreserven ohne Qualitätsverluste gehoben werden können und Krankenhäuser die notwendige Flexibilität erhalten, um auf sich wandelnde Bedingungen adäquat reagieren zu können.

Bereits in den letzten Jahren sind die Krankenhäuser durch zahlreiche interventionistische Maßnahmen des Staates massiv in ihren Handlungsspielräumen beschränkt worden. Die gesetzlich verordnete Budgetierung hat dazu geführt, dass in vielen Krankenhäusern Defizite entstanden sind. Mehrwertsteuererhöhung, Verbote von Naturalrabatten bei Arzneimitteln, Personalkostensteigerungen durch das neue Arbeitszeitgesetz und aufgrund der Tarifverträge sowie deutlich gestiegene Energiekosten sind mit den jährlichen Zuwachsraten, die der Gesetzgeber zugestanden hat, ohne Qualitätseinbußen nicht finanzierbar gewesen. Dazu kommt die nicht ausreichende Finanzierung der Investitionsvorhaben durch die Länder. Der mit dem so genannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschlossene zusätzliche Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser in Höhe von ca. 250 Mio. Euro jährlich ist vor diesem Hintergrund unverantwortlich gewesen, zumal der Umstellungsprozess auf das Vergütungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen mit zusätzlichen Belastungen einhergegangen ist. Insofern ist der Wegfall dieses Sanierungsbeitrages ab 1. Januar 2009 zwar zu begrüßen. Er hätte jedoch überhaupt nicht erst erhoben werden dürfen, denn hierdurch hat sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser noch einmal verschärft. Die Maßnahmen der vergangenen Jahre waren unsystematisch und haben wiederholt Verlässlichkeit für die betroffenen Akteure genommen.

Statt den Verhandlungspartnern Spielräume für effiziente Lösungen zu geben, geht der Gesetzentwurf den Weg, über die Angleichung der Basisfallwerte an einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert die Preise noch stärker als bei den ebenfalls bedenklichen Landesbasisfallwerten zu staatlichen Einheitspreisen auszugestalten. Das bisherige Prinzip flexibilisierter Verhandlungspreise wird dadurch aufgegeben. Das führt zu Fehlallokationen. Krankenhausleistungen sind nicht überall und immer einheitlich. Wenn aber ungleiche Leistungen mit einem Einheitspreis vergütet werden, lenkt das die knappen Ressourcen in Unter-, Über- oder Fehlversorgung. Das heutige Finanzierungssystem orientiert sich am Mittelmaß, statt bessere Leistung auch anzuerkennen und entsprechend zu vergüten. Ein solches System macht zudem weitere staatliche Interventionen notwendig. Es wäre nötig gewesen, den Verhandlungspartnern durch einen Wegfall der gesetzlich festgelegten Budgetobergrenzen die Möglichkeit zu geben, Tarifierhöhungen und Neueinstellungen zu finanzieren, wenn diese erforderlich sind, um eine gute Qualität von Krankenhausleistungen in ausreichender Menge sicherzustellen. Stattdessen bestimmt der Gesetzgeber nun im Detail, dass 50 Prozent der Tarifsteigerungen ausgleichsfähig sein sollen und dass ca. 17 000 neue Pflegekräfte eingestellt werden dürfen, deren Kosten zu 90 Prozent auszugleichen sind. Der Gesetzgeber versucht hierdurch, die Folgen von zentralistischen Vorgaben und Fehlanreizen durch neue detaillierte Vorgaben zu beseitigen. Dazu zählt auch eine neue Art der Budgetermittlung. Durch das Statistische Bundesamt soll ein krankenhauseigener Index entwickelt werden, um hieraus die Steigerungsrate für den Basisfallwert zu ermitteln. Damit die Bundesregierung auf jeden Fall die Kontrolle darüber behält, wie viel Geld zur Verfügung gestellt wird, kann sie von diesen Vorgaben allerdings jederzeit abweichen. Verhandelt wird nicht mehr über die Notwendigkeit von Ausgaben, sondern die staatlichen Vorgaben determinieren das Ergebnis, und das für alle Krankenhäuser gleichermaßen. Direkte staatliche Eingriffe in den Preisfindungsmechanis-

mus führen zu Effizienzeinbußen und sie entmachten die Selbstverwaltung, zielgenaue Lösungen für unterschiedliche Situationen zu finden.

Der Übergang zum Fallpauschalensystem hätte zudem den Übergang zu einer monistischen Finanzierung bedingt. Nur wenn alle Kosten einer Krankenhausleistung sich in der Fallpauschale widerspiegeln, kann sichergestellt werden, dass die Fallpauschalen vergleichbar sind. Das wiederum ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass mehr Transparenz ins System kommt. Der Ansatz, leistungsorientierte Investitionspauschalen zu kalkulieren und so genannte Investitionsfallwerte zu ermitteln, wird mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden sein, ohne das Ziel, die Krankenhäuser zu betriebswirtschaftlich effizienten Gesamtentscheidungen zu veranlassen, erreichen zu können. Investitionen müssen Bestandteil der Vergütung sein und den Krankenhäusern in ihrem Einsatz überlassen bleiben.

Wenn man erreichen möchte, dass die bundesdeutsche Bevölkerung auf eine möglichst preiswerte, qualitativ gute Krankenhausversorgung zurückgreifen kann, muss man den ordnungspolitischen Rahmen anders setzen. Ein bundesweit einheitlicher Basisfallwert, der kollektiv vereinbart wird, kann allenfalls als Orientierungswert fungieren, nicht jedoch als Einheitspreis. Das bedeutet, dass er durch Verhandlungen einzelner Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern durch andere Preise ersetzt werden kann, wenn es zu einem entsprechenden Verhandlungsergebnis kommt. Das würde zu einem Preis-Leistungs-Wettbewerb auf dem Vertrags- sowie dem Leistungsmarkt führen. Ergänzt werden muss ein solcher Weg durch einen schrittweisen Übergang zur monistischen Finanzierung, um die Transparenz der Fallpauschalen zu erhöhen, Entscheidungen der Krankenhäuser auf eine rationale Basis zu stellen und die Innovationskraft zu nutzen.

Die für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen geplante Einführung eines pauschalierenden tagesbezogenen Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 wird mit einer Diskussion einhergehen, wie psychisch kranke Menschen optimal behandelt werden können. Das ist ein positiver Aspekt, den es zu nutzen gilt. Sichergestellt werden muss jedoch, dass sich die tagesbezogenen Pauschalen nicht zu diagnosebezogenen Fallpauschalen entwickeln, die in einem in den einzelnen Indikationen so weit streuenden Behandlungsbereich keine qualitätssichernde Vergütung darstellen. In der Begründung zu dem Gesetzentwurf heißt es, dass die pauschalierten Entgelte zunächst weitgehend tagesbezogen sein sollen. Diese Formulierung lässt darauf schließen, dass man sie lediglich als Übergang benutzen will. Problematisch ist, dass zwar die Bundesregierung noch Eingriffsmöglichkeiten bei der Neustrukturierung der Vergütung im psychiatrischen Bereich hat, nicht aber der Bundestag und der Bundesrat. Das wird der Bedeutung, die eine Neuordnung des Vergütungssystems auch auf die Versorgungsqualität hat, nicht gerecht. Nach der Entwicklungsphase muss vielmehr für den Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen werden, ein solches Vergütungssystem anzunehmen oder es zu verwerfen. Kritisch überprüft werden muss, ob die Psychiatrie-Personalverordnung, deren Struktur seit dem Jahr 1990 vom Grundsatz her unverändert ist, tatsächlich noch eine gute Grundlage für ein neues Vergütungssystem darstellt. Auf jeden Fall ist sicherzustellen, dass man zumindest nicht hinter den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung als Mindeststandards zurückbleibt. Unerlässlich ist zudem eine wissenschaftliche Begleitforschung im Rahmen des Erarbeitungsprozesses, damit frühzeitig Fehlentwicklungen erkannt und vermieden werden können, die in diesem höchst sensiblen Bereich zu gravierenden negativen Auswirkungen für die Betroffenen führen können.

Berlin, den 16. Dezember 2008

Dr. Guido Westerwelle und Fraktion

Begründung

Krankenhäuser, die qualitativ gut und effizient arbeiten, müssen belohnt werden. Das setzt die Abschaffung der gesetzlichen Budgetierung und die notwendige Flexibilität auch beim Vergütungssystem voraus. Krankenhäuser müssen die Möglichkeit haben, gute Mitarbeiter gut zu bezahlen, um im Konkurrenzkampf bestehen zu können. Das ist mit der gesetzlichen Budgetierung ebenfalls nicht vereinbar. Krankenhäuser müssen darüber hinaus die Möglichkeit haben, die Notwendigkeit von Investitionen im Gesamtkontext der Leistungserbringung zu beurteilen und nicht danach, ob es öffentliche Fördermittel gibt. Sie müssen die Möglichkeit haben, diese notwendigen Investitionen unbürokratisch finanzieren zu können. Das setzt die monistische Finanzierung voraus.

Das Fallpauschalensystem, das mit dem Fallpauschalengesetz 2002 eingeführt worden ist, kann die Behandlungseffizienz der Krankenhäuser steigern, das interne Kostenmanagement verbessern und die externe Leistungstransparenz für Krankenkassen, Versicherte und Patienten erhöhen. Das ist jedoch nur dann möglich, wenn dieses Fallpauschalensystem in einem entsprechenden ordnungspolitischen Rahmen gebettet wird. Nur ein echtes Preissystem bringt die Vorteile von Fallpauschalen richtig zum Tragen. Wer die Anreize richtig nutzen will, der muss den Mut haben zu einem funktionierenden Preissystem. Wenn ein Fallpauschalensystem lediglich genutzt werden soll, um eine bestimmte, im Vorfeld fixierte Summe Geld auf die einzelnen Leistungen aufzuteilen, geht das in die Irre. Wer nur Geld umverteilen will und keine ökonomischen Anreize setzen will, der kann auch beim alten Pflegesatz bleiben und sollte das dann auch ehrlicherweise tun. Dafür muss man dann nicht den gewaltigen Aufwand für die Erstellung eines Fallpauschalsystems, in Selbstverwaltung, Instituten und in den einzelnen Krankenhäusern betreiben.

In die Krankenhäuser darf mit Einführung der DRGs nicht weiter hineinregiert werden. Vielmehr müssen die Preise Anreize für effizientes wirtschaftliches Handeln setzen. Eine Spezialisierung ist dabei auch unter Qualitätsgesichtspunkten gewollt. Je stärker der Krankenhausmarkt wettbewerblich ausgerichtet wird, umso weniger Platz gibt es zudem für die althergebrachte Krankenhausplanung durch die Länder. Die Investitionsfinanzierung muss aus einer Hand zusammen mit den Betriebskosten erfolgen, um Transparenz der Preise zu schaffen und effiziente Ausgabenentscheidungen der Krankenhausträger zu ermöglichen.

Die Krankenhäuser haben in den letzten Jahren viele Reformen mitmachen müssen. Das hat immer wieder bis über das Machbare hinaus Kräfte gebunden, die damit an anderer Stelle gefehlt haben. Die Budgetierung hat dazu geführt, dass gerade die Krankenhäuser, die vor dieser Phase um ein hohes Maß an Effizienz bemüht waren und die bereits Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft hatten, ganz besonders betroffen waren. Das mit dem GKV-WSG verordnete Sonder-Sparopfer hat ein Übriges dazu getan. Krankenhäuser brauchen jetzt in allererster Hinsicht einen Planungshorizont von mehreren Jahren in einem klaren ordnungspolitischen Rahmen, der auf ein wettbewerbliches System anstelle zentralistischer Vorgaben setzt.