

Reform der Krankenhausfinanzierung oder Geldsegen für Krankenhäuser, Walthgeschenke und Stärkung der Ministerialen?

Ein Kurzrückblick in die Geschichte der Einführung diagnoseorientierter Fallpauschalen (DRG) zeigt, dass diese nie Selbstzweck gewesen sind, sondern mit der DRG-Einführung strategische Motive verbunden waren. Diese zielen insbesondere auf eine leistungsorientierte Vergütung für Krankenhäuser. Wesentliche Kennzahlen aus dem Krankenhausbereich, beispielsweise zur Auslastung und Versorgungsqualität, stellen Argumente bereit, um die so häufig propagierte Notlage der Krankenhäuser in ein anderes Licht zu rücken. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KRG), das am 25. März 2009 in Kraft getreten ist, scheint dabei kein probates Mittel zu sein, um die mit den DRGs gesteckten Ziele weiter zu verfolgen. Vielmehr werden diese sogar konterkariert, indem einmalige Sonderzuweisungen an Krankenhäuser und der Paradigmenwechsel weg von einer einnahmenorientierten hin zu einer kostenorientierten Ausgabenpolitik einen Geschmack der Selbstkostendeckung hinterlassen. Die notwendigen Änderungen in der Investitionskostenfinanzierung und bei der Stärkung des Wettbewerbs bleiben dagegen außen vor.

■ Jürgen Malzahn, Christian Wehner

Die ersten Schritte ins deutsche DRG-System

Vor fast zehn Jahren wurde die Umstellung der Vergütung von Krankenhausleistungen von tagesgleichen Pflegesätzen und der Fortschreibung historischer Budgets auf diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) auf den Weg gebracht. Nach mehrjähriger politischer Debatte hatte der Gesetzgeber mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiK) sowie den Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV Verband) mit der Einführung eines diagnosebezogenen Fallpauschalen-systems beauftragt.¹ Ein wesentliches Ziel war damals,

dass es sich für Krankenhäuser rentieren soll, wirtschaftlich zu agieren. Das System der starren Budgetierung, das letztlich diejenigen Krankenhäuser belohnte, die in der Vergangenheit extrem unwirtschaftlich gewesen waren, musste einem modernen Vergütungssystem weichen. Honorierung wirtschaftlichen Erfolgs, Wettbewerbsstrukturen unter den Krankenhäusern, Abbau von Überkapazitäten und Einhaltung der Beitragssatzstabilität waren die Eckpfeiler des Gebäudes, dessen Fundament die DRGs sein sollten. Der Weg für eine Reform der Krankenhausfinanzierung, die wirtschaftlich effiziente Kliniken belohnt und dabei auch die Beitragssatzstabilität nicht außer Acht lässt, war frei.²

Auf dem Weg zur Scharfschaltung des DRG-Systems gab es naturgemäß zahlreiche Versuche, die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz beabsichtigten Wirkungen der DRG-Implementierung abzuschwächen. Mit dem Fallpauschengesetz und dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz

Jürgen Malzahn, Leiter der Abt. Stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband
Christian Wehner, Referent in der Abt. Stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband

wurde der DRG-Prozess weiter vorangetrieben. Die Verlängerung der Konvergenzphase auf 2009 und die Veränderung der Innovationsfinanzierung wurden gesetzlich fixiert, ohne dass die Ziele der DRG-Einführung grundsätzlich konterkariert wurden.

Bilanz der Konvergenzphase von 2005 bis 2009: Der Prozess erhält Schürfwunden, aber keinen Totalschaden

Die Konvergenzphase zur schrittweisen Angleichung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an ein landesweit einheitliches Preisniveau, den Landesbasisfallwert, verlief insgesamt unspektakulär. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) legte in professioneller Weise Jahr für Jahr einen genauerem DRG-Katalog vor, der ohne großes Aufheben von den Vertragspartnern auf Bundesebene nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beschlossen wurde. In 2009 sollte der letzte Anpassungsschritt der Konvergenzphase erfolgen und summarisch kann festgestellt werden, dass damit das Ziel des Prozesses, die Krankenhausleistungen auf der Basis des Landesbasisfallwerts als einheitliche Preisgrundlage zu vergüten, im Wesentlichen erreicht wird. Allerdings führte der Konvergenzmechanismus von 2005 bis 2009 aufgrund der gesetzlichen Vorgaben empirisch zu einem Auseinanderdriften des mittleren krankenhausindividuellen Basisfallwerts der Krankenhäuser eines Bundeslandes und des jeweiligen Landesbasisfallwerts.³

Gefühlte Finanzsituation der Krankenhäuser führt zu finanziellen Zugeständnissen

Zudem haben es die Krankenhausvertreter geschafft, in der Öffentlichkeit zu punkten. In den Medien und aller Orten ist die Rede davon, wie schlecht es um die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser bestellt ist. Mit über zehn vom Tenor her ähnlichen Presseerklärungen im Zeitraum von Ende 2006 bis Mitte 2008 bereitete die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Weg für eine Trendwende in der Wahrnehmung der Lage der Krankenhäuser. Ausdruck dafür war auch die Anhörung zur Wirtschaftlichkeitssituation der Krankenhäuser im Gesundheitsausschuss des Bundestags vom 18. Juni 2008, bei der alle Fraktionen – also sowohl Regierung als auch die Opposition – die Finanzsituation der deutschen Akutkliniken als dramatisch bezeichneten. „Lösungen aus der Krise“ wurden politisch beschworen und führten schon vorab zu den finanziellen Versprechen für die Krankenhäuser von Gesundheitsministerin Schmidt auf dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm. So verkündete sie, den Krankenhäusern mehr Geld zur Verfügung zu stellen, indem die Tariferhöhungen der Krankenhausbeschäftigte finanziert werden, um „deutlich zu machen, dass wir nach Jahren der Lohnzurückhaltung, die Tarifsteigerungen, die im Bereich der Krankenhäuser erfolgt sind, für gerechtfertigt halten.“⁴ Zudem kündigte sie ein von den Krankenkassen zu finan-

zierendes spezielles Förderprogramm für Pflegepersonal im Umfang von „einigen Hundert Millionen“ Euro an.⁵

Notlage oder notwendige Konsolidierung des Krankenhausmarktes?

Es ist offen, ob die deutschen Krankenhäuser wirklich mit Subventionen gerettet werden müssen. Das letzte Krankenhaus Barometer vom Oktober 2008 wies für das Jahr 2007 unter 30 Prozent Krankenhäuser aus, die Verluste gemacht haben. Rund 34 Prozent beurteilen ihre wirtschaftliche Situation für 2008 als eher unbefriedigend.⁶ Vor noch gar nicht langer Zeit hatten mehrere Strategieberatungsunternehmen in Studien festgestellt, dass in Deutschland in der nahen Zukunft im Rahmen eines Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesses bis zu 25 Prozent der Krankenhauskapazitäten den veränderten Rahmenbedingungen auf dem Krankenhausmarkt angepasst würden.⁷ Für das Jahr 2009 prognostiziert das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI-Institut) eine Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser. Im Gegensatz zu den Kostensteigerungen in 2008 profitieren die Krankenhäuser in diesem Jahr demnach von den finanziellen Mitteln aus dem KHRG und dem Konjunkturpaket II. Bis 2020 allerdings könnten nach Angaben des RWI-Instituts ca. ein Drittel der Krankenhäuser von einer erhöhten Insolvenzgefahr bedroht sein.⁸

Auslastungsquoten und Verweildauerrückgang als Indikatoren für Wirtschaftlichkeitsreserven

Nicht nur der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wies in seinem Gutachten 2007 in Bezug auf die Situation in anderen Ländern auf das Vorhandensein von Überkapazitäten im Krankenhausbereich hin,⁹ sondern auch die Fünf Wirtschaftsweisen bemängelten in ihrem im November 2008 publizierten Gutachten die parallele Existenz von Überkapazitäten und unzureichender Spezialisierung im Klinikbereich.¹⁰ Korreliert man die Aussagen miteinander fällt auf, dass der Notstand zumindest relater Natur ist, wenn die Anzahl der Krankenhäuser mit Verlusten ungefähr der Anzahl der postulierten Überkapazitäten in der stationären Versorgung entspricht. Hinzu kommen zwei weitere Faktoren, die den Notstand in eine etwas andere Realität rücken. Seit 1991 ist die durchschnittliche Bettenauslastung der Krankenhäuser von 84,1 Prozent auf 77,2 Prozent im Jahr 2007 gesunken.¹¹ Dabei gilt „[e]ine Bettenauslastung von 85% [...] in vielen Bundesländern laut Krankenhausrahmenplänen als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung“, ließ der Vizepräsident des Statistischen Bundesamtes, Peter Weigl, in der Pressekonferenz „Krankenhauslandschaft im Umbruch“ am 10. Dezember 2008 in Berlin verlauten.¹² Zwar sank auch die Zahl der Betten im gleichen Zeitraum, allerdings besteht hier durchaus noch Nachholbedarf, wenn die Auslastungsquote von 1991 wieder erreicht werden soll. Dabei muss der allgemeine Rückgang

der durchschnittlichen Verweildauer pro Fall - von 14,0 Tagen in 1991 auf 8,3 Tage in 2007 - Beachtung finden.¹³ Der Verweildauerrückgang gilt nach Informationen des InEK insbesondere für die fallzahlstarken DRGs. Bei den 20 häufigsten DRGs, die etwa ein Viertel aller Fälle abdecken, ist von 2006 nach 2007 im Vergleich zu allen DRGs ein überproportionaler Rückgang der mittleren Verweildauer um 3,9 Prozent (minus 0,21 Tage) zu verzeichnen.¹⁴ Beide empirischen Belege können sehr wohl als ein gewichtiges Indiz für weitere Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich angesehen werden.

Unterschiede zwischen subjektiver und objektiver Versorgungsqualität

Eine andere Dimension, die Notlage von Krankenhäusern zu bewerten, ist die Versorgungsqualität. Nach einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach urteilen 60 Prozent der Bürger und 57 Prozent der niedergelassenen und Krankenhausärzte, dass das Niveau der medizinischen Gesundheitsversorgung in den vergangenen zwei bis drei Jahren zurückgegangen ist.¹⁵ Folgt man jedoch den objektiv nachprüfbar Daten zum Qualitätsniveau in deutschen Krankenhäusern, können diese Aussagen nicht gestützt werden. Die Ergebnisse der externen Qualitätsicherung des Jahres 2007 zeigen, dass sich die Versorgungsqualität konsequent verbessert hat. Insbesondere in eher unterentwickelten Bereichen konnten große Qualitätssprünge erfolgen.¹⁶ Auch der ehemalige Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Prof. Dr. Polonus, führt aus, dass „an erster Stelle die Patientinnen und Patienten von der kontinuierlich steigenden Qualität der klinischen Versorgung“ profitieren.¹⁷ Insofern kann man bezüglich der Qualitätsverluste des deutschen Gesundheitswesens den Sprecher des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Klaus Vater verstehen, wenn er ausdrücklich davor warnt, die Qualität des deutschen Gesundheitswesens „mieszumachen“.¹⁸ Bei der Frage „Generelle Notlage oder notwendige Konsolidierung des Krankenhausmarktes?“ ist eher eine politische Antwort notwendig.

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) – der Abschied von DRGs zugunsten einer Renaissance der Selbstkostendeckung?

Zunächst einmal ist anzumerken, dass der Titel des Referentenentwurfs Krankenhausfinanzierungsrahmen-gesetz bezogen auf den tatsächlichen Inhalt des KHRG angemessener gewesen wäre, weil das Gesetz einem Reformanspruch nicht wirklich gerecht wird. So stellte auch der Einzelsachverständige Prof. Wasem in seiner kurzen, aber prägnanten Stellungnahme zur Anhörung des KHRG nüchtern fest, dass die beiden großen Reformthemen des Krankenhausbereichs – nämlich eine durchschlagende Reform in der Investitionskostenfinanzierung und der Einstieg in das wettbewerbliche Kontrahieren nicht in einem annähernd befriedigenden Maße behandelt werden. Da

der große Wurf mit diesem Gesetzeswerk nicht gelungen ist, wäre der ursprüngliche Name der weiteren Diffamierung des Reformbegriffs vorzuziehen, obwohl der Entwurf eigentlich nicht einmal eine „sinnvolle Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens liefert“.¹⁹ Hinsichtlich der beiden Themen Investitionskostenfinanzierung und Vertragswettbewerb sei allerdings erwähnt, dass in erster Linie die Bundesländer echte Reformen durch völligen Strukturkonservatismus verhindert haben. In der Folge werden weiterhin Mittel aus der Vergütung für die Patientenversorgung zweckentfremdet, um die notwendigen Investitionen zu finanzieren. Der weitere Aufschub wettbewerblicher Vertragsgestaltung ist ebenfalls sehr bedauerlich. Ein Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit verlangt zwingend die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens und der freien Preisverhandlung.

Die Herausforderungen an Prognosen zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung wachsen mit der Anzahl der Beteiligten

Mit dem KHRG werden stattdessen drei wesentliche Motivationen verwirklicht. Erstens wird ab 2010 eine neue Konvergenz der Landesbasisfallwerte auf einen Bundesbasisfallwertkorridor eingeleitet. Zudem werden die Regelungen der ursprünglich auslaufenden DRG-Einführungs- und Konvergenzphase aufgehoben und Regelungen für den künftigen Regelbetrieb des DRG-Vergütungssystems aktualisiert und ergänzt. Neben den Finanzhilfen für Krankenhäuser werden aber auch Ausgabenbegrenzungmaßnahmen für die Krankenkassen ergriffen. Der Gesetzgeber befindet sich dabei in einer Zwickmühle: Einerseits sollen in 2009 nicht mehr als 3,5 Mrd. Euro Ausgabensteigerung im stationären Sektor erfolgen, damit der regierungsamtliche Beitragssatz von 15,5 Prozent auch den Gesundheitsfonds ausreichend füllt. Im Rahmen des Konjunkturpakets hat sich die Bundesregierung zusätzlich entschieden, den einheitlichen Beitragssatz ab 1. Juli auf 14,9 Prozent zu senken und die Einnahmeausfälle über zusätzliche Milliardenzuschüsse zu kompensieren. Diese Situation wird verschärft durch die nachträgliche Korrektur der Einnahmeprognosen des Schätzerkreises. War man im Dezember 2008 noch davon ausgegangen, dass angesichts der voraussichtlichen konjunkturellen Entwicklungen die Einnahmen der Kassen um 440 Mio. Euro geringer ausfallen werden,²⁰ beläuft sich das geschätzte Defizit für die Gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Wirtschaftskrise und der sich verschlechternden Lage auf dem Arbeitsmarkt unter Annahme der Trendfortsetzung der hohen Krankenkassenausgaben zu Beginn des Jahres auf mittlerweile bis zu 3 Mrd. Euro.²¹

Auf der anderen Seite fordert die Krankenhausseite gemeinsam mit Verdi die einmal gegebenen Zusagen einzuhalten und droht mit massiven öffentlichen Protesten, die durchaus glaubwürdig erscheinen und kurz vor den Wahlen unerwünscht sind. Verschiedene im KHRG getroffene politische Kompromisse sehen jetzt vor, das Problem auf die Selbstverwaltung und die Sozialgerichte zu übertragen.

Dabei bedient man sich beispielsweise der Stärkung des Vereinbarungsprinzips oder unkonkreten Hinweisen auf die Kostendegression für Mehrleistungen, wonach explizit für 2009 bei zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene vereinbarten Mehrmengen ein krankenhausindividueller Preisabschlag zu vereinbaren ist. Es ist zu erwarten, dass die Krankenhausseite nicht „freiwillig“ verzichten wird, sondern die Entscheidungen in Schiedsstellen oder sozialgerichtlich prüfen lassen wird. Parallel wird dann die Politik das Scheitern der Selbstverwaltung zelebrieren. Zwar ist dies dann unfair, weil die Politik die Verantwortung für Entscheidungen bei der Krankenhausfinanzierung faktisch negiert hat; aber aufgrund der Komplexität der Thematik ist dies eine sehr erfolgversprechende Taktik. Vom gleichen Kaliber ist die Verlängerung der Konvergenzphase, um die Ausgabenwirkungen des sogenannten Konvergenzsaldos aus der Konvergenz der krankenhausindividuellen Basisfallwerte auf die Landesbasisfallwerte auf mehrere Jahre aufzuteilen, statt die Kostenneutralität der Konvergenzphase herzustellen.

Finanzhilfen für Krankenhäuser als einmalige Sonderzuweisungen konterkarieren das Ziel der DRG-Einführung

Das zweite wesentliche Element des KHRG sind die unterschiedlichen finanziellen Aufstockungen der Krankenhausvergütung. Da ist die Berücksichtigung der Tarifsteigerungsrate in Höhe von 50 Prozent für die Jahre 2008 und 2009 mit ca. 1,35 Mrd. Euro²², das Pflegesonderprogramm mit 220 Mio. Euro, die Abschaffung des Sanierungsabschlags für die Krankenkassen in Höhe von 250 Mio. Euro sowie zahlreiche weitere Maßnahmen,²³ die nach Berechnungen des AOK-Bundesverbandes zu einer Gesamtausgabenerhöhung von ca. 4,63 Mrd. Euro führen. Diese Maßnahmen sind alle im Wesentlichen auf das Jahr 2009 befristet bzw. es handelt sich um einmalige Effekte wie den Wegfall des Sanierungsabschlags. Sie wirken also kurzfristig dem Ziel der DRG-Einführung entgegen, unwirtschaftliche Krankenhauskapazitäten durch Marktmechanismen abzubauen. Wenn im Krankenhausvergütungssystem eine zunächst politisch gewollte Ressourcenverknappung durch zusätzliche Finanzmittel nach dem Gießkannenprinzip aufgehoben wird, führt dies dazu, dass auch wenig wirtschaftliche Krankenhäuser ohne Optimierung ihrer Geschäftsprozesse erhalten bleiben. Dies ist bedauerlich, weil insbesondere zunehmend öffentliche Krankenhäuser, wie beispielsweise die Dr. Horst Schmidt Kliniken, Wiesbaden, und die Oberschwaben Klinik nach eigenen Angaben unter Beweis gestellt haben, dass eine Sanierung durch konsequentes Krankenhausmanagement durchaus möglich ist.²⁴ Dies folgt der These, dass aktives Krankenhausmanagement zahlreiche Möglichkeiten eröffnet, um die richtige Antwort auf Herausforderungen an der Kostenfront zu finden.²⁵

Richtungswechsel von der einnahmenorientierten zur kostenorientierten Ausgabenpolitik auf dem Weg zur Staatsmedizin

Die dritte in der öffentlichen Diskussion ein bisschen vernachlässigte Maßnahme ist der Paradigmenwechsel weg von der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Der im Jahr 2010 erstmalig zu ermittelnde Orientierungswert soll die Grundlohnsummenbindung bei den Krankenhausausgaben ablösen. Der Orientierungswert soll als ein krankenhauspezifischer Kostenindex vom Statistischen Bundesamt berechnet werden und vom BMG per Rechtsverordnung korrigiert werden können, der dann den Namen Veränderungswert trägt. Gegen diese Korrekturmöglichkeit haben sich insbesondere die Länder und Krankenhausvertreter ausgesprochen, weil sie willkürliche Absenkungen des Wertes nach „Kassenlage“ befürchten. In der Tat ist der ganze Ansatz höchst problematisch. Letzten Endes muss jeder, der die Grundlohnsummenanbindung auf der Ausgabenseite gänzlich zur Disposition stellt, die Frage nach der Einnahmeseite beantworten. Wenn die Grundlohnsumme als maßgeblicher Parameter für die Ausgabenentwicklung fällt und die Einnahmeseite nicht angepasst wird, machen die Kassen minus und müssen eine Zusatzprämie erheben. Wird zusätzlich noch die BMG-Ermächtigung eingeführt, ist das deutsche Gesundheitswesen auf dem Weg in die Staatsmedizin einen großen Schritt vorangekommen; denn neben dem Beitragssatz und dem Veränderungswert fehlt dann fast nur noch der Punktwert im vertragsärztlichen Sektor, um die wesentlichen Parameter politisch festzulegen. Außerdem wird der Anpassungsdruck auf die Krankenhäuser ohne erkennbare Not dauerhaft vermindert – einige Kritiker sprechen auch von der Revitalisierung der Selbstkostendeckung in der Krankenhausfinanzierung.²⁶

Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung bleibt ungewiss

Die Gesamtbewertung des KHRG fällt also kritisch aus. Die Möglichkeit für umfassende Reformen auf Basis einer breiten Bundestagsmehrheit konnte nicht genutzt werden. Der Föderalismus zeigt sich ein weiteres Mal als ein Hindernis einer modernen Krankenhausfinanzierung sagen die einen – der Föderalismus sichert die flächendeckende Versorgung sagen die anderen. Die Frage, wie die Ausgabenbegrenzung auf 3,5 Mrd. Euro in 2009 für Krankenhäuser realisiert werden soll, beantwortet die Politik nicht und hofft dabei anscheinend darauf, dass die Komplexität des Gesundheitswesens dazu führt, dass der Wähler bzw. Versicherte am Ende die Krankenhäuser und Krankenkassen für die mangelnde politische Entschlusskraft in die Verantwortung nimmt, wenn die Ausgaben in 2009 doch stärker als 3,5 Mrd. Euro steigen sollten. Obwohl erst in der näheren Zukunft vorgesehen, wirkt bei der Bewertung insbesondere der Orientierungs- bzw. Veränderungswert schwer. Eine weitere zentrale Stellgröße der Vergütung im Gesundheitswesen in die Hand der Politik zu geben scheint

der großen Mehrzahl der Fachleute problematisch, wie die Anhörung zum KHRG im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages ergeben hat. Die Gefährdung des Konsolidierungsprozesses bei den Krankenhauskapazitäten wird primär von den Krankenkassen kritisiert; für die DKG ist das Volumen der Finanzspritze zu klein. Ob damit gleich auf Dauer die Selbstkostendeckung in alter Tradition wieder einkehren wird, hängt davon ab, wie das BMG die Ausgestaltung des Veränderungswertes vornimmt; klar ist jedoch, dass die Abkehr von der Grundlohnsumme zu steigenden Beitragssätzen oder Zusatzprämien führen muss, wenn die Krankenkassen nicht auf andere Art, beispielsweise durch Steuermittel, entlastet werden. Es bleibt zu hoffen, dass die folgende Bundesregierung eine weitgreifendere Reform der Krankenhausfinanzierung unter Beachtung der Themen Vertragswettbewerb und Investitionskostenfinanzierung umsetzen wird.

Fußnoten

- 1 Vgl. Artikel 4 GKV-Gesundheitsreform 2000 vom 22. Dezember 1999 im Bundesgesetzblatt Jahrgang 1999 Teil I Nr. 59, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 1999, S. 2648f..
- 2 Vgl. amtl. Begründung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, BT-Drucksache 14/1245 vom 23.06.99, S. 113: „Mit diesem Gesetz werden weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und eine Reduzierung der Bettenzahlen angestrebt. Sie sind Voraussetzung dafür, dass die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können. [...] Von den Krankenhäusern und deren Beschäftigten müssen zum Teil erhebliche Veränderungen und Flexibilität erwartet werden. [...] [Den Krankenhäusern] wird in einem befristeten Zeitraum die Möglichkeit gegeben, sich an die neuen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen.“
- 3 Vgl. Leber, Wulf-Dietrich; Reinermann, Frank; Wolff, Johannes: Divergente Basisfallwerte - Zur Ausgabenwirkung divergierender Landes- und Krankenhaus-Basisfallwerte am Ende der Konvergenzphase, 06.11.2008, Berlin.
- 4 Vgl. Bohsem, Guido: Kliniken erhalten mehr Geld; in FAZ vom 21.05.2008, Seite 7.
- 5 Vgl. www.welt.de, 19. Juni 2008, „Regierung will 21.000 neue Krankenschwestern“, http://www.welt.de/wirtschaft/article2123869/Regierung_will_21_000_neue_Krankenschwestern.html; Zugriff am 13.12.2008.
- 6 Vgl. Blum, Karl; Offermanns, Matthias; Perner, Patricia: Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), Krankenhaus Barometer - Umfrage 2008, Oktober 2008, Düsseldorf, S. 62 u. 64.
- 7 Vgl. beispielsweise Ernst & Young, Studie: „Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. Gesundheitsversorgung 2020“.
- 8 Vgl. Augurzky, Boris et al.: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Krankenhaus Rating Report 2009 - Im Auge des Orkans, Executive Summary, Heft 53, Essen 2009.
- 9 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, S. 412 Nr. 534.
- 10 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken, Jahresgutachten 2008/09, November 2008, Wiesbaden, S. 14 Nr. 31.
- 11 Vgl. Statistisches Bundesamt: Krankenhauslandschaft im Umbruch – Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10. Dezember 2008 in Berlin, S. 7.
- 12 Vgl. Statement von Vizepräsident Peter Weigl, Pressekonferenz „Krankenhauslandschaft im Umbruch“ am 10. Dezember 2008 in Berlin, S. 2.
- 13 Vgl. Statistisches Bundesamt: Krankenhauslandschaft im Umbruch – Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10. Dezember 2008 in Berlin, S. 7.
- 14 Vgl. Heimig Frank: Entwicklung des G-DRG-Katalogs für das Jahr 2009, DKG-Informationsveranstaltung zum 31. Deutschen Krankenhaustag, 19.11.2008, Düsseldorf, Folie 71.
- 15 Vgl. Skeptischer Blick in die Zukunft; in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 49, 5. Dezember 2008, S. C2146.
- 16 Vgl. BQS: BQS-Qualitätsreport 2007, „Qualität sichtbar machen.“, Geleitwort des Geschäftsführers der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS), S. 5.
- 17 Vgl. ebenda S. 4.
- 18 Vgl. Skeptischer Blick in die Zukunft; in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 49, 5. Dezember 2008, S. C2146.
- 19 Vgl. Wasem, Jürgen: Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-Drucksache 16/10807, 19.11.2008, S. 1.
- 20 Vgl. Krankenkassen fehlt Geld; in: Die Welt vom 11.12.2008, S. 11.
- 21 Vgl. Gesundheitsfonds steuert auf Defizit zu; in: Die Welt vom 23.03.2009, S. 9.
- 22 Inzwischen haben sich die Vertragsparteien auf Bundesebene, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband, auf eine Tarifrate verständigt. Die Erhöhungsraten umfasst 6,24 Prozent. Über die finanziellen Auswirkungen des Abschlusses gibt es unterschiedliche Einschätzungen, die noch nicht abschließend bewertet werden können (vgl. Gemeinsame Pressemitteilung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband: Finanzierung der Tariferhöhungen steht, 03.04.2009, Berlin).
- 23 Vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KHRG, BT-Drucksache 16/10807 vom 07.11.2008, D. Finanzielle Auswirkungen.
- 24 Vgl. führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w), 6/2008, 25. Jahrgang, S. 600ff. und 604ff..
- 25 Vgl. Burmann, Simone; Malzahn, Jürgen; Wehner, Christian: Kliniken in Not; in: Gesundheit und Gesellschaft (G+G), 6/2008, 11. Jahrgang, S. 31-35.
- 26 Vgl. beispielsweise Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2008 zum Entwurf des KHRG, S. 3.

Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft



Medizinisch-technischer Fortschritt

Theoretische Grundlagen, Regelungsbereiche,
Finanzierung und Vergütung

Eine ökonomische Untersuchung am Beispiel des deutschen und des US-amerikanischen Gesundheitssystems

Von Dr. Lutz Reimers

2009, Band 27, 288 S., brosch., 55,- €,
ISBN 978-3-8329-4322-6

Mit medizinisch-technischem Fortschritt sind oft höhere Lebensqualität und -erwartung sowie steigende Gesundheitsausgaben verbunden. Basierend auf der Analyse ökonomischer Anreize zeigt die Arbeit Wege zu einem ökonomisch rationaleren Umgang mit technischem Fortschritt im Gesundheitswesen auf.



Nomos