

Prof. Dr. Volker Penter, Prof. Dr. Andreas Beivers

# Ökonomische Anmerkungen zu Lauterbachs Krankenhausreform

Die Krankenhausreform schreitet voran. Langsam wird klar, was von der dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung umgesetzt wird. Kernpunkte der Reform werden die Leistungsgruppen und die Einführung des Vorhaltebudgets sein. Die Level-Einstufung für die Krankenhäuser erfolgt über das Krankenhaustransparenzgesetz. Es ist höchste Zeit, sich mit den Auswirkungen der Reform auf die Krankenhäuser zu beschäftigen und die Forderung nach einer ausreichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder in aller Schärfe zu stellen.

Derzeit wird am Gesetzesentwurf zur Krankenhausreform gearbeitet. Bei allen Diskussionen wird klar, dass die Kernpunkte der Reform die Leistungsgruppen und die Vorhaltevergütung darstellen sollen. Die umstrittene Level-Einstufung wird im Krankenhaustransparenzgesetz gesondert geregelt.

## 1. Zu den Leistungsgruppen

Die Leistungsgruppen entwickeln sich zum zentralen Element der zukünftigen Krankenhausplanung. An die Leistungsgruppen werden sowohl die Vorhaltevergütung als auch die Qualitätskriterien gekoppelt.

Die Leistungsgruppen orientieren sich aller Voraussicht nach an der Planungssystematik des Landes Nordrhein-Westfalen. In Vorbereitung der Sitzung der Bund-Länder-Gruppe am 1. Juni 2023 wurde das in Nordrhein-Westfalen entwickelte System der Leistungsgruppen auf Allgemeingültigkeit untersucht und festgestellt, dass weit über 95 % der Fälle innerhalb dieser Systematik zuordenbar sind. Für die Beschleunigung des Reformvorhabens wäre die weitgehende Verwendung der Systematik von Nordrhein-Westfalen aus reinen Zweckmäßigkeitserwägungen heraus von Vorteil. Man könnte auf ein funktionierendes System aufbauen.

Qualitätskriterien zur Definition der erforderlichen Strukturqualität sollen den Leistungsgruppen zugeordnet werden. Die konkrete Ausgestaltung ist noch offen. Es ist aber davon auszugehen, dass bundeseinheitliche Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen festgelegt und fortentwickelt werden.

Kurzfristig scheinen die Leistungsgruppen ein guter Lösungsansatz für die Verbesserung der Krankenhausplanung und damit der Versorgung zu sein. Mittel- bis langfristig ist jedoch schon heute auf ein Problem systemischer Art hinzuweisen. Leistungsgruppen und Kombination mit bundeseinheitlich vorgegebenen Qualitätskriterien sind normativ richtig, jedoch statisch, und beinhalten damit die Gefahr der Monopolisierung und Oligopolisierung.

Die Verwendung auf Qualitätskriterien basierter Leistungsgruppen ist grundsätzlich richtig, um die Qualität zu verbessern. Jedoch gilt es, zwei zentrale Aspekte nicht zu vergessen: Qualität ist nicht statisch, sie kann sich im Lauf der Zeit ver-

bessern oder verschlechtern. Heute „gute“ Leistungserbringer, sprich diejenigen, die die Qualitätskriterien erfüllen, zählen zunächst zu den Gewinnern und werden Leistungsgruppen zugesprochen bekommen – andere nicht. Dadurch wird sich die Anbieterlandschaft verändern, hin zu weniger, dafür aber größeren Anbietern mit hoffentlich besserer Qualität. Das ist auch das hehre Ziel der Reform. Es gilt, nun aber weitere Aspekte zu berücksichtigen. Was passiert, wenn dadurch Monopol- oder Oligopolstrukturen in der Versorgung vermehrt entstehen? Welchen Einfluss hat auch das Bundeskartellamt in diesem Bereich? Sind die Reformpläne und die sich potenziell ergebenden Marktconstellations schon vonseiten des Bundesgesundheitsministeriums mit dem Bundeskartellamt besprochen worden?

Es scheint, dass man sich gänzlich vom Primat des Wettbewerbs verabschiedet hat. Das ist zum einen verständlich, dass Wettbewerb Überkapazitäten bedarf, die – gerade im Personalbereich – nicht mehr existieren. Aber ist eine völlige Abkehr ordnungspolitisch sinnvoll? Was, wenn in einer oligopolistischen Marktsituation sich die im Status quo gute Qualität der größeren Player verschlechtert, beispielsweise weil Chefarzte in Rente gehen oder gewisse Dinge nicht mehr vorgehalten werden können? Wie will man dann planungsseitig reagieren? Ein Entzug des Versorgungsauftrages ist dann nur noch schwer möglich, da andere, ehemalige Leistungserbringer längst umgewandelt (beispielsweise in Level I Kliniken) oder geschlossen worden sind und nicht mehr einspringen können.

Ein Wettbewerb um die Patienten existiert dann kaum noch, und wenn, vor allem im ambulanten Bereich zwischen Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren oder ähnlichen Einrichtungen. Aber ohne Wettbewerb besteht die Gefahr, dass sich die Qualität verschlechtert, weil es keinen Anreiz mehr gibt, diese zu erhalten oder zu verbessern – ganz schlicht, weil am Ende Konsequenzen nicht mehr oder nur im geringen Umfang möglich sind. Zusammengefasst: Eine oligopolistische Festlegung und Planung von Versorgung unter der Annahme eines statischen Qualitätsniveaus kann mittel- bis langfristig zu einer Verschlechterung der Versorgung führen, da Anreize fehlgeleitet werden.

## 2. Zur Vorhaltevergütung

Für die somatischen Krankenhäuser wird die leistungsunabhängige Vorhaltevergütung eingeführt. Es zeichnet sich ab, dass diese etwa 60 % der von der GKV vergüteten Krankenhausleistungen ausmachen soll. Nur 40 % der Vergütung sollen weiterhin leistungsabhängig noch aus den verbleibenden sogenannten Residual-DRGs kommen.

Aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht ist die Abgrenzung der Vorhaltekosten von den Fixkosten nicht trivial – und am Ende kaum trennscharf zu ziehen. Wieso diese Frage? Bereits im Rahmen des Krankenhausstruktur-Gesetzes (KHSG) versuchte der Gesetzgeber, via Fixkostendegressionsabschlag (FDA) zu eruieren, wie hoch die Fixkostenbelastung in Kliniken im Durchschnitt sei. Verschiedene Gutachten haben deutlich gezeigt, dass dies pauschal nicht zu bestimmen ist und bei jeder Klinik – ja, bei jeder Fachabteilung – anders ist. Auch sprungfixe Kosten werden in diesem Kontext ausgeblendet – ähnlich wie bei den Vorhaltekosten. Aber: Am Ende kam es beim FDA, wie wohl auch bei den Vorhaltebudgets, zu einer politischen Kompromisslösung, der Anteil wurde hier auf 35 % normativ festgelegt. Ein wahrscheinlich guter Näherungswert.

Warum dieser Gedanke? Die Höhe der Vorhaltekosten wurde im Rahmen der aktuellen Krankenhausreformdiskussion zunächst auf 40 % taxiert, bevor der Bundesgesundheitsminister diese auf 60 % erhöhte. Die 40 % entstanden in Analogie zu dem ehemaligen Wert des FDA und sollten dennoch einen ausreichenden Anreiz zur „Mengenerbringung“ der Kliniken beinhalten. Die nun geforderten 60 % erscheinen aus ökonomischer Sicht unter zwei Aspekten kritisch:

Ad 1: Es ergibt sich ein negativer Anreiz für vereinzelte Leistungserbringer in vor allem sach- und fixkostenintensiven Bereichen mit der Möglichkeit zur Generierung von Skaleneffekten in der Form, nur Leistungen bis zu einem bestimmten Niveau, insbesondere vor neu entstehenden sprungfixen Kosten,

anzubieten, was am Ende zu Rationierung und Wartezeiten für einzelne Patienten führen kann.

Ad 2: Vorhaltekosten, Fixkosten und Investitionskosten hängen eng zusammen. Und dennoch: Fixkosten und Vorhaltekosten sind zwei verschiedene Arten von Kosten. Fixkosten sind Kosten, die unabhängig von der Produktionsmenge oder dem Verkaufsvolumen eines Unternehmens anfallen. Sie bleiben konstant, egal ob ein Unternehmen viel oder wenig produziert. Beispiele für Fixkosten sind Mietkosten, Gehälter der Mitarbeiter etc. Diese Kosten müssen regelmäßig gezahlt werden, unabhängig davon, ob das Unternehmen Gewinne erzielt oder nicht. Vorhaltekosten hingegen sind Kosten, die mit der Lagerung von Waren oder Produkten verbunden sind. Sie entstehen, wenn ein Unternehmen zum Beispiel Waren auf Lager hält, um sie später zu verkaufen. So die ökonomische Theorie. Es ist dabei wichtig, zu beachten, dass Fixkosten und Vorhaltekosten unterschiedliche Auswirkungen auf die Rentabilität eines Unternehmens haben können. Fixkosten sind unabhängig von der Produktionsmenge und können daher einen größeren Einfluss auf die Rentabilität haben, wenn das Unternehmen nicht genügend Umsatz erzielt, um diese Kosten zu decken. Vorhaltekosten hingegen können durch eine effiziente Lagerverwaltung minimiert werden, um die Rentabilität zu verbessern.

Wenn die Vorhaltekosten nicht klar definiert werden, können sich, je nach Ausgestaltung, neue Fehlanreize für die Versorgung ergeben. Dies kann sich in längeren Wartezeiten auf Behandlungen für die Patienten äußern, aber auch zu nicht gewollten Gewinnen oder Verlusten bei den Krankenhäusern führen, die sich nicht aus deren Leistungsfähigkeit ergeben und damit dem eigentlichen Ziel der Reform entgegenstehen.

Im Übrigen ist der Begriff des Vorhaltebudgets, so wie er jetzt verwendet wird, falsch. Er suggeriert, dass auch die Investitionen enthalten sind. Denn Vorhaltung betrifft auch die Vorhaltung von Produktionsanlagen (Reparatur, Instandhaltung, Er-

—Anzeige



**DHL**

**VIELE VORTEILE,  
KEINE KOSTEN**

NUTZEN SIE FREIEN PLATZ FÜR EINE EIGENE  
PACKSTATION AUF IHREM GRUNDSTÜCK

- Besonderer Service für Patienten
- Bequem und praktisch für das Klinikpersonal
- Sie erhalten eine monatliche Vergütung
- Weniger CO<sub>2</sub>-Emissionen dank umweltfreundlicher Logistik

**Jetzt profitieren: [dhl.de/eigene-packstation](https://dhl.de/eigene-packstation)**

Wir beraten Sie auch gerne telefonisch:  
0961-3818 2840 (Mo-Fr. 8-16 Uhr)

neuerung). Es muss also über den Zusammenhang von Vorhaltekosten- und Investitionskosten diskutiert werden. Dies ist auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht heraus nicht trivial und sollte in einem konzertierten Konzept erfolgen. Dabei wäre zu klären, wie die Investitionsmittel der Länder sinnvoll mit den Vorhaltekosten, die ja primär von den Kostenträgern kommen, verknüpft und v. a. allokiert werden. Was läuft dabei aus Bundes- und was aus Landesebene? Dies ist ein komplexes und streitanfälliges Thema.

### 3. Zur Investitionsfinanzierung

Für die stationären Leistungen des Krankenhauses gilt das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung. Investitionskosten der Krankenhäuser werden im Zuge der öffentlichen Förderung übernommen; die Betriebskosten durch leistungsbezogene Erlöse, das Pflegebudget und zukünftig auch durch das Vorhaldebudget finanziert. Die Länder erfüllen ihre Investitionsverpflichtungen über viele Jahre bis heute nur teilweise. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen den Ländern. Inflationsbereinigt hat sich die Höhe der Fördermittel – über alle Länder betrachtet – im Vergleich zu Anfang der 1990er-Jahre etwa halbiert. Gegen die unzureichende Investitionsfinanzierung juristisch vorzugehen ist für die Krankenhäuser schwierig, sieht doch das Krankenhausfinanzierungsgesetz eine nur teilweise Förderung von Investitionen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger explizit vor.

Krankenhäuser, Krankenhausgesellschaften, Krankenkassen und viele Experten kritisieren seit Langem die zu geringe Investitionsbereitschaft der Länder. Stellvertretend sei der Vorstandsvorsitzende der Krankenhausgesellschaft **Gerald Gaß** mit einer aktuellen Äußerung zitiert: „Auch wenn es in Ländern Steigerungen bei den Investitionsmitteln gegeben hat, bleiben diese weiterhin hinter den notwendigen Mitteln zurück, und dies schon seit Jahren.“

In einem Interview mit dem Handelsblatt am 23. Februar 2023 sagt Gesundheitsminister **Karl Lauterbach** zu diesem Thema: „Zunächst behalten die Länder nicht nur das Recht, die Krankenhäuser zu planen, sondern sie haben auch die Pflicht, in die Krankenhäuser zu investieren.“ In diesem Satz stecken zwei wichtige Botschaften. Die Länder sind weiterhin zuständig für die Krankenhausplanung und für die Finanzierung der Investitionen. Wenn die Investitionsfinanzierung aber zukünftig nicht ausreichend erfolgt, dann ist auch das Planungsrecht erneut zu diskutieren.

– Zu erkennen ist also die klare Absicht, die Länder konsequent und nachhaltig dazu zu bringen, ihrer bereits heute schon bestehenden Pflicht zur ausreichenden Investitionsfinanzierung konsequent nachzukommen. Und das mit Recht. Das Investitionsthema ist unbedingt im Zusammenhang mit der Krankenhausreform zu lösen. Sonst erreicht man möglicherweise das Gegenteil von dem, was man zum Beispiel hinsichtlich der Mengenausweitung möchte. Die Krankenhäuser wären nämlich gezwungen, aus den verbleibenden leistungsbezogenen Vergütungen die fehlenden Investitions-

mittel zu erwirtschaften. Das geht hauptsächlich mit Mengen- bzw. Leistungsausweitung.

– Auch die Regierungskommission hat das Investitionsthema aufgegriffen. Sie plant, zeitnah Vorschläge zur Reform der Investitionsfinanzierung zu unterbreiten. Zu hoffen bleibt, dass sich diese Vorschläge nicht in einer anderen Verteilung der zu geringen Fördermittel erschöpft. Denn klar ist, dass sich die Höhe der derzeit jährlich zu zahlenden Investitionsmittel über alle Länder betrachtet etwa verdoppeln müsste, egal wie der Verteilungsmechanismus aussieht.

Um das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung und dessen Verschärfung bei Einführung einer leistungsunabhängigen und lediglich kostendeckenden Vorhaltevergütung deutlich zu machen, soll an dieser Stelle dieses Thema nochmals näher erörtert werden.

Bereits seit vielen Jahren müssen die Krankenhäuser mit der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder umgehen. Viele Investitionen werden mit Eigen- oder Fremdkapital finanziert. Hierzu müssen die Krankenhäuser Gewinne erwirtschaften. Das geht nur, wenn die fallbezogenen Kosten permanent reduziert werden. Das kann geschehen durch die absolute Senkung von Kosten, die Erhöhung der Produktivität oder die Erhöhung der Menge. Die ersten beiden Effekte sind weitgehend ausgeschöpft, steigende Personal- und Sachkosten wirken sogar massiv gegenteilig. Damit bleibt die Erhöhung der Menge. Positive Effekte können bei entsprechenden Voraussetzungen auch durch die Erhöhung der Fallschwere erzielt werden.

Reduziert man nun den Anteil der leistungsbezogenen Entgelte zugunsten des Anteils der Entgelte, die lediglich kostendeckend erstattet werden, dann müssen die Krankenhäuser aus den verbleibenden Residual-DRGs die Gewinne wirtschaften, die für eine Investitionsfinanzierung erforderlich sind. Diesen Effekt gab es schon bei der Einführung des Pflegebudgets. Die Einführung der Vorhalteentgelte reduziert den Anteil der leistungsbezogenen Entgelte weiter auf nunmehr etwa 40 %. Das folgende Fallbeispiel soll die Wirkung dieser fundamentalen Änderung der Vergütungssystematik darstellen.

### 4. Fallbeispiel zur wirtschaftlichen Auswirkung der Einführung von Pflege-/Vorhaldebudget

Für das Fallbeispiel betrachten wir eine fiktive Klinik mit 30 000 Fällen pro Jahr, die nach dem DRG-System vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten vergütet wurde. Vereinfachend werden keine weiteren Vergütungen betrachtet. Die durchschnittliche Vergütung je Fall soll unter Berücksichtigung aller Vergütungskomponenten bei 4 000 € liegen. Im DRG-System vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (System Voll-DRG) hätte das Krankenhaus für die 30 000 Fälle Umsatzerlöse aus DRG von 120 Mio. € erzielt. Bei einem angenommenen durchschnittlichen Überschuss je Fall von 5 % hätte das Krankenhaus einen Gewinn aus DRG von 6 Mio. € erwirtschaftet. Nach Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (System Rest-DRG und Pflegebudget), hat sich die

**Tabelle 1: Wirtschaftliche Auswirkung von Pflege-/Vorhaltebudget dargestellt am fiktiven Beispiel**

	System Voll-DRG	System Rest-DRG und Pflegebudget	System Residual-DRG und Vorhaltebudget		
			Vor Kompensation	Nach Kompensation	
				↑ Fallzahl	↑ Fallschwere
Anzahl der Fälle	30 000	30 000	30 000	75 000	30 000
Vergütung je Fall (€)	4 000	3 200	1 600	1 600	4 000
Umsatzerlöse aus DRG (tsd. €)	120 000	96 000	48 000	120 000	120 000
Überschuss pro Fall	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Gewinn aus DRG (tds. €)	6 000	4 800	2 400	6 000	6 000
Pflege-/Vorhaltebudget (tsd. €)	0	24 000	72 000	72 000	72 000
Gewinn aus Pflege/Vorbehalt	0	0	0	0	0
Gewinn gesamt (tsd. €)	6 000	4 800	2 400	6 000	6 000

Vergütung je Fall aus den Fallpauschalen um die ausgegliederten Pflegekosten reduziert. Unterstellt man im Beispiel eine Reduzierung der durchschnittlichen Vergütung auf 3 200 € je Fall, das entspricht mit 20 % etwa dem durchschnittlichen Anteil der Pflegekosten an den Gesamtkosten eines Krankenhauses, wären die Umsatzerlöse aus DRG auf 96 Mio. € gesunken und der daraus erzielbare Gewinn auf 4,8 Mio. €. Für die Pflegekosten würden 24 Mio. € erstattet. Gewinn kann sich daraus keiner ergeben, denn erstattet werden nur die Kosten. In der Summe erzielt das Krankenhaus nach wie vor Umsatzerlöse von 120 Mio. €. Der Gewinn reduziert sich aber auf 4,8 Mio. €.

Im Jahr 2023 realisieren die Kliniken im Durchschnitt deutlich niedrigere Jahresergebnisse. Dies wird in der Regel auf die reduzierte Fallzahl und die gestiegenen Kosten geschoben. Der hier dargestellte Effekt aus der Einführung des Pflegebudgets wird von der Praxis regelmäßig kaum problematisiert, ist aber eine der Ursachen für die Ergebnisverschlechterung.

Durch die weitere Reduzierung der leistungsorientierten Vergütung mittels Fallpauschalen infolge der Einführung des Vorhaltebudgets bei gleichzeitiger nochmaliger Reduzierung der Fallpauschalen auf ca. 40 % der ursprünglichen Fallpauschalen vor Einführung des Pflegebudgets (System Residual-DRG und Vorhaltebudget) verschärft sich der dargestellte Effekt weiter.

Wie kann das Krankenhaus nach Einführung des Vorhaltebudgets reagieren, um den ursprünglichen Gewinn wieder zu erwirtschaften? Möglichkeit 1: Erhöhung der Fallzahl; Möglichkeit 2: Erhöhung der Fallschwere. Möglichkeit 1 wird in der Spalte „Nach Kompensation ↑ Fallzahl“ der Abbildung dargestellt. Zu erkennen ist, dass das Krankenhaus zur Erreichung des Gewinnes vor Einführung des Pflegebudgets von 6 Mio. € die Fallzahl auf 75 000 mehr als verdoppeln müsste, was praktisch unmöglich ist. Möglichkeit 2, dargestellt in der Spalte „Nach Kompensation ↑ Fallschwere“, wirkt ähnlich und ist ebenfalls kaum realisierbar.

Bleibt die Investitionsfinanzierung weiter unzureichend, werden die Kliniken gezwungen, tendenziell noch mehr Menge zu bringen und in Fälle mit höherer Vergütung auszuweichen. Da dies nicht ausreichen wird, um den ursprünglichen Gewinn zu erwirtschaften, müssen die Kliniken weitere Erlösquellen erschließen. All das kann nicht gewollt sein, da es das Gesundheitssystem mit weiteren Kosten belasten wird, ohne einen positiven Effekt auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu haben. Die voraussichtlich dauerhafte Zinserhöhung und die unzureichende Anpassung der Basisfallwerte an die inflationäre Entwicklung verschärfen das Problem weiter.

Würde die zukünftige Investitionsausstattung ausreichend gewährt, was bereits ein riesiger Schritt in die richtige Richtung

Anzeige

## clinical context coding

fallbegleitende Codierung, Entgelte, AMTS aus Ihren Dokumenten und Freitexten

Unterstützung für Codierung, MD und Abrechnung

AMTS enthalten

medizinische Standard-Terminologie implementiert

Integriert in KIS und ehealth Lösungen

ID Information und  
Dokumentation im  
Gesundheitswesen



wäre, dann würde sich immer noch die Frage stellen, was bezüglich der Investitionen geschieht, die in der Vergangenheit mit Eigen- und Fremdkapital getätigt wurden? Diese belasten mit Zins, Tilgung, Abschreibungen die Bilanzen und finanziellen Mittel der Krankenhäuser. Dazu gibt es theoretische Überlegungen, aber bisher keine erkennbaren Lösungsansätze in der praktischen Diskussion.

Der deutsche Krankenhausmarkt kennt drei Arten von Trägern, öffentliche, frei-gemeinnützige und private. Könnte man sich bei den öffentlichen, vielleicht auch noch bei den frei-gemeinnützigen unter Umständen irgendwie vorstellen, dass diese ohne Gewinnerzielungsabsicht (also für die berühmte „schwarze Null“) arbeiten, so ist dies bei privaten Krankenhäusern undenkbar. Warum sollte ein privater Krankenhausträger ohne Gewinn sein Geschäft weiter betreiben? Zugang zu einem anderen Markt über das Betreiben von Krankenhäusern? Durchhalten für eine Gegenreform unter anderen politischen Mehrheiten? Eventuell für eine gewisse Zeit, aber nicht dauerhaft. Würde der Weg der sogenannten „Entökonomisierung“ weiter beschritten, dann würden die privaten Anbieter über kurz oder lang aussteigen. Viele positive Entwicklungen, die die Privaten in die Krankenhauslandschaft eingebracht haben, und wie sie unter anderem im RWI-Factbook „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ dargestellt wurden, gingen nach und nach verloren. Die Versorgung hingegen müsste auch dann weitergehen. Die Verpflichtung würde an den Staat zurückfallen. Übrigens: Eine Motivation zur Reduzierung der Kosten für den leistungsunabhängig zu erbringenden Teil gibt es nicht, da diese Kosten ja erstattet werden. Die Folge würde sein, dass man auch hier durch kurzfristige dirigistische Maßnahmen des Staates versuchen müsste, diese Kosten im Griff zu halten. Solche staatlichen Eingriffe sind erfahrungsgemäß teuer und haben häufig viele nicht gewünschte Nebenwirkungen.

Mit Einführung der leistungsunabhängigen Vorhaltevergütung steuern wir auf die Probleme zu, die wir vor der Einführung der DRG hatten. Hier soll ein Zitat aus der Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG) vom 11. September 2001 angeführt werden. „Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems wird der Weg weg vom Selbstkostendeckungsprinzip und der Finanzierung kostenorientierter Budgets hin zu einer an den Leistungen orientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgeführt. ... Das seit 1996 praktizierte Mischsystem von Fallpauschalen und Sonderentgelten einerseits und tagesgleichen Pflegesätzen für den überwiegenden Teil der Krankenhausleistungen andererseits hat sich nicht bewährt.“ Es gibt keinen ersichtlichen Grund, warum diese Erkenntnis aus dem Jahr 2001 heute ihre Gültigkeit verloren haben sollte.

## 5. Zusammenfassung

Die aktuelle Krankenhausreform wird die derzeitigen Probleme der stationären Versorgung auch mittel- und langfristig nicht lösen.

Die Einführung der Leistungsgruppen als zentrales Element der Krankenhausplanung ist zwar ein systematisch nachvollziehbarer Ansatz, birgt aber die Gefahr, dass sich Monopol- bzw. Oligopolstrukturen bilden, die letztendlich zu einer Verknappung des Leistungsangebotes und zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen können. Für die weitere Integration von stationärer und ambulanter Versorgung gibt es im Zusammenhang mit den Leistungsgruppen in der aktuellen Krankenhausreform wenig erkennbare Ansätze.

Die Vorhaltepauschalen einschließlich des Pflegebudgets stellen nicht nur eine Rolle rückwärts in die Zeiten und Probleme der stationären Versorgung vor Einführung der DRGs dar; die verbleibenden sogenannten Residual-DRGs schaffen in Kombination mit einer zu geringen Investitionsfinanzierung seitens der Länder zusätzlich falsche Anreize in Richtung Mengenausweitung. Sollten auch die sogenannten Residual-DRGs abgeschafft werden, droht wenigstens der Ausstieg privater Anbieter aus der stationären Versorgung. Unabhängig von diesen Überlegungen: Der Begriff der Vorhaltekosten muss sauber definiert werden.

Die aktuelle Krankenhausreform versucht über die Leistungsgruppen die Qualität der stationären Versorgung über Strukturmerkmale zu verbessern; wenig findet sich hinsichtlich der Verbesserung der Ergebnisqualität. Die Hoffnung, dass eine bessere Ausstattung der Krankenhäuser zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität führt, wird sich als falsch erweisen. Zu steigenden Kosten für das Gesundheitswesen führt sie jedoch sicher. Die weiter unzureichende Investitionsfinanzierung stünde darüber hinaus im krassen Gegensatz zum Anspruch, wenigstens die Strukturqualität zu verbessern.

Die Verfasser plädieren an dieser Stelle nochmals dringend für die gesetzliche Sicherstellung einer ausreichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder – mit welchem Verteilungsmechanismus auch immer. Dabei muss es eine Auflösung des bis heute angehäuften Investitionsstaus, eine Grundsicherung für erforderliche Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen sowie Sonderförderungen für gewollte Struktureffekte (Schließung, Zusammenführung von Standorten, Digitalisierung etc.) geben. Die Vorhaltepauschale sollte nicht eingeführt, das Pflegebudget sollte wieder zurückgeführt werden. Sollte die Vorhaltepauschale kommen und das Pflegebudget weiter bestehen bleiben – wovon nach dem derzeitigen Willen der politisch Handelnden auszugehen ist – dann ist es zumindest dringend erforderlich, eine ausreichende Investitionsfinanzierung gesetzlich zu regeln. Gelingt das nicht, kann genau das Gegenteil der Ziele der Krankenhausreform eintreten.

## Anschrift der Verfasser

*Prof. Dr. Andreas Beivers, Professor für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius München, Leiter wissenschaftliche Projekte der Stiftung Münch/Prof. Dr. Volker Pentler, Partner bei der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Wissenschaftlicher Leiter Health Care Management an der DIU Dresden International University*