

Katharina Böhm
Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz:
Ein weiterer Schritt auf dem Reformweg der
Krankenhausfinanzierung

Diskussionspapier 2009 - 1

Institut für Medizinische Soziologie
Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main
September 2009

Institut für Medizinische Soziologie

Direktor: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Zentrum für Gesundheitswissenschaften

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt am Main

Telefon: (0 69) 63 01 – 76 10

Fax: (0 69) 63 01 – 66 21

Website: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz>

ISSN 1861-5732

Zusammenfassung

Seit 2003 wird die Krankenhausvergütung in Deutschland schrittweise auf ein neues, leistungsorientiertes System auf Basis von Fallpauschalen (diagnosis related groups – DRG) umgestellt. Die Übergangsphase, in der gesonderte gesetzliche Regelungen gegolten hatten, sollte Ende 2008 auslaufen, weshalb der gesetzlichen Rahmen für die Nachkonvergenzzeit neu geregelt werden musste. Neben diesen technischen Regelungen und einem einheitlichen Bundesbasisfallwert standen auch die Reform der Investitionsfinanzierung, der weitere Ausbau des Wettbewerbes und die schlechte Finanzsituation der Krankenhäuser auf der Agenda des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG). Aufgrund der heterogenen Interessenslagen von Bund und Ländern, gestaltete sich auch bei diesem Reformgesetz die Kompromissuche schwierig. Herausgekommen ist ein Gesetz, das die Reformpolitik der letzten Jahre weiterführt, die Aufgabe der zukünftigen Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung aber nicht löst und die problematischen Auswirkungen des DRG-Systems negiert. Das Diskussionspapier zeichnet die wichtigsten Schritte des Gesetzgebungsprozesses nach, präsentiert und diskutiert die wichtigsten Inhalte des Gesetzes und ordnet das KHRG in den Reformkontext der letzten Jahre ein.

Abstract

Since 2003, German hospital reimbursement is totally reorganised. Step by step, a new system based on diagnosis related groups (DRG) is introduced. At the end of the year 2008 transformation should have been completed and there was need to further regulate the post transition period. Therefore a new hospital law (Hospital Financing Reform Act – KHRG) was set off which not only entailed further reimbursement regulation but also a reform of hospital investment financing and measures to improve the tight financial situation of hospitals. As always in hospital legislation, it was hard to reach consensus due to heterogeneous interests of federal government and states. As a result, the new law continues the reform approach of the last years; it does not solve the problems of adequate hospital supply and persistently negates the negative effects associated with the DRG-system. The discussion paper gives a short overview over the legislative process, presents and discusses the main topics of the KHRG and analyses the new law in the context of former health policy reforms.

Inhalt

1. Einleitung	7
2. Entscheidungsfindung	8
3. Inhalte des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes.....	12
3.1. Basisfallwertkorridor.....	13
3.2. Investitionskostenpauschalen	18
3.3. Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser	22
4. Reform der kleinen Schritte.....	28
5. Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung	32
Abkürzungsverzeichnis	34
Literatur	35

1. Einleitung

Fünf Jahre ist es nun her, dass begonnen wurde, die Vergütung von Krankenhausleistungen komplett auf leistungsorientierte Fallpauschalen umzustellen. Diese fünf Jahre waren vom Gesetzgeber als Übergangszeitraum bestimmt worden, in welchem die Krankenhausvergütung schrittweise in das neue diagnosebezogene Fallpauschalen-System (DRG-System) überführt werden sollte. Dies ist ein sehr kurzer Zeitraum, wenn man bedenkt, dass es sich dabei um die größte Reform der Krankenhausfinanzierung seit 1972 handelt und dass mit dieser Reform ein vollkommener Systemwechsel in der Krankenhausvergütung vollzogen wurde. Mit dem Ende der Konvergenzphase ist das alte System der Selbstkostendeckung endgültig Vergangenheit und das neue, wettbewerbsorientierte System kommt voll zum Tragen.

Eine solch gravierende Systemumstellung kann nicht auf einmal erfolgen, weshalb eine fünfjährige Konvergenzphase vereinbart wurde, die 2009 endet. Bei der Einführung des DRG-Systems wurden nur die Rahmenbedingungen für die Übergangsphase festgelegt. Die Zeit danach wurde bewusst nicht geregelt, um die „in der Einführungsphase gewonnenen Erfahrungen“ in die gesetzliche Regelung mit einbringen zu können (BT-Drs. 16/10807: 21). Diese sollte nun rechtzeitig vor Ende der Konvergenzphase festgelegt werden. Über die Auswirkungen der Vergütungsumstellung können jedoch noch keine fundierten Aussagen gemacht werden, weil die Selbstverwaltung ihrer vom Gesetz auferlegten Verpflichtung zur Begleitforschung bis heute nicht nachgekommen ist. Ungeachtet dessen wurde das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) noch Ende 2008 beschlossen, um ein reibungsloses Weiterlaufen des Systems zu ermöglichen. Eine Nicht-Weiterführung des neuen Systems stand zu keiner Zeit zur Debatte. Im Gegenteil, die Regelung der Nachkonvergenzzeit gehörte zu den unstrittigen Punkten des Gesetzes. Umstritten hingegen waren die Regelungen zur grundsätzlichen zukünftigen Ausrichtung des Finanzierungssystems. So wurde die schon seit Jahrzehnten laufende Diskussion über die Abschaffung der dualen Finanzierung erneut aufgegriffen, ohne dabei Fortschritte zu machen. Heftig diskutiert wurden auch die Neugestaltung der Investitionsfinanzierung und der Wechsel auf einen bundeseinheitlichen DRG-Preis. Beeinflusst wurde der Gesetzesprozess von einem wachsenden öffentlichen Druck, der eine bessere Finanzausstattung der Krankenhäuser forderte, weil diese sich aufgrund der jahrelangen Deckelung, anderer Kostensparmaßnahmen und auch aufgrund des neuen Vergütungssystems in einer immer prekärer werdenden Finanzsituation befinden.

Wie immer gestaltet sich die Kompromissuche schwierig, weil die Interessen der beteiligten Akteure sehr heterogen sind und die starke Vetoposition der Länder eine Berücksichtigung ihrer Interessen erzwingt. Herausgekommen ist ein Gesetz, das die Reformpolitik der letzten Jahre weiterführt, die Aufgabe der zukünftigen Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung aber nicht löst und die problematischen Auswirkungen des DRG-Systems negiert.

Im Folgenden werde ich zunächst den Entstehungsprozess des Gesetzes nachzeichnen, weil dabei sehr deutlich wird, welche Interessen die Akteure haben und welche Strategien sie verfolgen. Danach stelle ich die wichtigsten Regelungen des KHRG vor und diskutiere sie. Um die Bedeutungen der einzelnen Regelungen besser einschätzen zu können, werde ich im Anschluss daran das KHRG in den Reformkontext der letzten Jahre einordnen. Der Beitrag schließt mit einem Ausblick auf die zukünftige Entwicklung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland.

2. Entscheidungsfindung

Einen ersten Aufschlag hatte das Bundesgesundheitsministerium am 18. Juni 2007 mit seinem „Diskussionsentwurf über Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009“ gemacht. Dieser Entwurf zeigte – entgegen späterer Vorschläge – die Vorstellungen des BMG noch unverfälscht: enthalten waren die Forderung nach Einführung eines Bundesbasisfallwerts, die Möglichkeit selektiver Verträge zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern mit dem Landesbasisfallwert als Höchstpreis und die Einführung einer tagesbezogenen, pauschalen Vergütung in der Psychiatrie. Das Papier bejahte den Sicherstellungsauftrag der Länder, forderte aber eine Reduzierung der Landeskrankenhausplanung auf eine Rahmenplanung. Auch der Kontrahierungszwang sollte zwar grundsätzlich beibehalten werden, jedoch für selektive Leistungen nicht mehr gelten. Es beinhaltete auch den vom BMG seit langem geforderten Übergang in die Monistik. Zur umstrittenen Ausgestaltung des Übergangs enthielt das Papier jedoch keine näheren Details, es sah lediglich eine zehn- bis fünfzehnjährige Übergangszeit und bundeseinheitliche Investitionspauschalen vor.

Damit stand das Papier konträr zu den Interessen der Länder. Diese wollten am liebsten den Status quo beibehalten (Visarius/Lehr 2009), denn nahezu alle Forderungen des BMG bedeuteten eine Gefahr für die wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung, für welche die Länder aufgrund des Sicherstellungsauftrages verantwortlich

sind. Gleichzeitig würde die Handlungsmacht der Länder erheblich eingeschränkt, und sie hätten kaum mehr Handhabe, den Sicherstellungsauftrag auch durchzusetzen. Die Länder haben ihre Vorstellungen über die zukünftige Ausgestaltung der Krankenhausversorgung in einem eigenen Konzept festgeschrieben.¹ Das Konzept wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) erarbeitet, und von dieser im Dezember 2007 per Umlaufbeschluss verabschiedet. Abbildung 3 zeigt die wichtigsten Inhalte des Konzeptes. Das Konzept beschreibt jedoch lediglich den kleinsten gemeinsamen Nenner, auf den sich die Länder einigen konnten, denn: „Angesichts weit divergierender konzeptioneller Ansätze, aber auch angesichts unterschiedlicher Strukturen und Interessenlagen in den Ländern war in der AOLG die durchgängige und einvernehmliche Beratung eines in sich geschlossenen Gesamtkonzeptes zur zukünftigen Entwicklung der Krankenhausversorgung nicht möglich.“ (GMK 2007: 10).

¹ Schon Ende 2006 hatte die Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG einen Bericht über mögliche Optionen zur Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens erarbeitet und der GMK im März 2007 auf der Sonderkonferenz zur Zukunft der Krankenhausversorgung vorgelegt (Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG 25.07.2007: 8). Die LänderministerInnen haben sich dort auf erste Eckpunkte der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung geeinigt und die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beauftragt, auf Grundlage dieser Eckpunkte und unter Einbeziehung der Leistungserbringer und Kostenträger ein Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung zu erarbeiten (GMK 2007a). Die AOLG hat hierzu eine Länderumfrage und eine Expertenanhörung durchgeführt.

Abbildung 1: Wichtige Inhalte des Konzeptes der AOLG

- Steigerung des Wettbewerbs um die Qualität, die Effizienz und die Effektivität der Leistungserbringung
- Verwendung geeigneterer Indikatoren als die Grundlohnsumme zur Berechnung der jährlichen Steigerungsrate der Vergütungen
- Festhalten am DRG-Fallpauschalensystem, keine Verlängerung der Konvergenzphase
- Einforderung der DRG-Begleitforschung von der Selbstverwaltung
- Einführung einer tagesbezogenen pauschalisierten Vergütung in der Psychiatrie
- Einführung eines Bundesbasisfallwerts erst nach eingehender Untersuchung der Auswirkungen der Landesbasisfallwerte
- Festhalten am Festpreissystem; Preiswettbewerb nicht ohne Festlegung von Qualitätskriterien
- Verbleib der Sicherstellungsverantwortung bei den Ländern
- Weiterentwicklung der Landes-Krankenhausplanung zu einer Rahmenplanung, diese soll auch Qualitätskriterien berücksichtigen
- Die nähere Ausgestaltung der Krankenhausplanung bleibt bei den Ländern
- Beibehaltung des Kontrahierungszwangs
- Maßnahmen zur Überwindung der sektoralen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind zu stärken und fortzuführen
- Schaffung einer einheitlichen Wettbewerbsordnung für den ambulanten und stationären Sektor für den Bereich einzelvertraglicher Vereinbarungen
- Beibehaltung der Investitionsfinanzierung aus Steuermitteln der Länder
- Verstärkte Verwendung unterschiedlicher Finanzierungsformen (z.B. Festbetragsförderung, Teilförderung oder Baupauschale)
- Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung sollen von der Selbstverwaltung weiterentwickelt und zusätzlich Instrumente zur Zertifizierung konzipiert werden

Quelle: Eigene Darstellung

Im Zuge der laufenden Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst rückte Anfang 2008 zunehmend die schwierige Finanzsituation der Krankenhäuser auf die politische Agenda. Ein von der DKG beim Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung in Auftrag gegebenes Gutachten zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser prognostizierte den Krankenhäusern eine Finanzierungslücke von 2,2 Mrd. Euro für das Jahr 2008, weil das geringe Erlöswachstum nicht ausreichen würde, um die zu erwartenden Tarifabschlüsse und gestiegenen Sachkosten zu decken (Augurzky et al. 2008). In der Folge formierte sich eine Allianz aus Organisationen und Verbänden der Krankenhäuser und deren Beschäftigten, der es gelang, durch Pressekonferenzen, Veranstaltungen und De-

monstrationen eine breite Öffentlichkeit für das Thema zu mobilisieren. Die Forderungen wurden von den am Gesetzgebungsprozess Beteiligten aufgenommen und dominierten sogar zeitweise die Diskussion. Über Parteigrenzen und Entscheidungsebenen hinweg bestand Konsens, dass die Krankenhäuser mehr Geld benötigen, um weiteren Personalabbau und eine Verschlechterung der Versorgung zu verhindern: sowohl CDU/CSU-Bundestagsfraktion als auch Oppositionsparteien sowie Bundesgesundheitsministerin und Länder haben entsprechende Forderungen und Zusagen zur Refinanzierung der Personal- und Sachkosten, zur Änderung der Budgetdeckelung sowie zur Verbesserung der Situation der Pflege gemacht. Das Punktationspapier des BMG, mit welchem es in die Verhandlung mit den Koalitionsfraktionen gegangen war, sah die Refinanzierung der Tarifierhöhungen, ein Sonderprogramm Pflege und den Wegfall des Sanierungsbeitrages vor (Visarius/Lehr 2009: 211). Im „Entwurf zu Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“, mit welchem Ministerin Schmidt zur GMK in Plön gereist war, blieben die finanziellen Zusagen jedoch unbestimmt, weil BMG und Bund zu dieser Zeit in einer Zwickmühle steckten: einerseits verlangte der öffentliche Druck mehr finanzielle Mittel für die Krankenhäuser, andererseits durften die Ausgaben der GKV im Hinblick auf die Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes für den Gesundheitsfonds nicht zu stark ansteigen.² Die anteilige Finanzierung der Tarifierhöhungen allein bedeutet aber schon für das Jahr 2009 GKV-Mehrausgaben von rund 260 Mio. Euro je finanziert 10 Prozent (BMG 27.06.2008: FN 2). Vor dem Hintergrund der guten finanziellen Situation der GKV – diese hatte das Jahr 2007 zum vierten Mal hintereinander mit einem Überschuss abgeschlossen – ließ sich eine Verweigerung notwendiger Ausgaben aber nicht rechtfertigen. Somit wurde die finanzielle Entlastung der Krankenhäuser in das KHRG aufgenommen, über deren genaue Höhe wurde aber bis zuletzt gefeilscht.

Der vom BMG für das KHRG vorgesehene „politische Katalog“ war mit der Unionsfraktion nicht zu machen. Die Union war sich bewusst, dass der Übergang auf die Monistik von den Ländern nicht akzeptiert werden würde und schlug deshalb vor, zwar Investitionspauschalen einzuführen, aber das duale System der Finanzierung beizubehalten. Auch das selektive Kontrahieren wollte die Union nicht mittragen. Sie akzeptierte Selektivverträge nur als Modellvorhaben und auch diese nur unter ganz strengen Auflagen (DKG 2008a). Dem Bundesbasisfallwert stand sie ebenfalls eher skeptisch gegenüber und machte ihr

² Die Beiträge für den Gesundheitsfonds mussten so veranschlagt werden, dass damit zumindest im ersten Jahr die Ausgaben gedeckt werden.

Einverständnis zu den Eckpunkten von der Zustimmung der Länder abhängig (Visarius/Lehr 2009: 217, 214).

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt legte deshalb den Ländern im Juli auf der GMK in Plön ein in den brisanten Punkten stark abgeschwächtes Eckpunktepapier der Bundesregierung vor. Obwohl das Papier keine Forderung zum Übergang in die Monistik mehr enthielt, die Basisfallwerte nur noch an einen Korridor angeglichen werden sollten und selektive Verträge nur als Modellvorhaben vorgesehen waren, wurde der Entwurf von den Ländern einstimmig abgelehnt (Grether 2008). Sie forderten stattdessen eine finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser, die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Analyse der divergierenden Länderbasisfallwerte und zur Erarbeitung eines Konzeptes zur Bundesbasisfallwertkonvergenz sowie ein Verbleiben der Entscheidungsmacht über die Investitionsfinanzierung bei den Ländern (GMK 2008).

Bevor der eigentliche Gesetzgebungsprozess begonnen hatte, waren somit bereits fast alle brisanten Punkte entschärft oder vollkommen entfallen. Der Referentenentwurf des BMG vom 22.08.2008³ enthielt weder Hinweise auf eine monistische Finanzierung noch Selektivverträge, und die Angleichung der Landesbasisfallwerte sollte nur noch an einen Bundesbasisfallwertkorridor erfolgen. Allerdings verpflichtete er die Länder, ihre Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen umzustellen und eine Investitionsquote festzulegen. Die zwei letztgenannten Punkte wurden dann ebenfalls nicht mehr in den Gesetzesentwurf mit aufgenommen. Da die strittigen Punkte zum Großteil im Voraus verhandelt worden waren, verlief das Gesetzgebungsverfahren ohne größere Konflikte, und die Diskussionen beschränkten sich auf die Festlegung der Grenzwerte und Finanzierungsanteile. Das KHRG wurde am 18. Dezember 2008 vom Bundestag beschlossen und am 13. Februar 2009 vom Bundesrat ohne Änderungen angenommen.

3. Inhalte des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes

Eine umfassende Darstellung und Diskussion des KHRG soll und kann hier aufgrund der Komplexität des Gegenstandes nicht erfolgen.⁴ Ich werde mich im Folgenden daher auf

³ Es gab einen Monat vorher schon einmal einen Referentenentwurf, dieser war jedoch nicht mit dem Kanzleramt abgestimmt und wurde von der Kanzlerin gestoppt, weil sie größere Verwerfungen mit den Ländern befürchtete (Thielen 2008). Diese erste Fassung enthielt entgegen dem Entwurf vom August noch die Festlegung einer Mindesthöhe der zukünftigen Investitionsmittel auf das Niveau von 2008.

⁴ Die Krankenhausfinanzierung ist so komplex, dass Änderung von Detailregelungen, wie zum Beispiel Abrechnungsvorschriften, zu erheblichen Änderungen der Finanzflüsse und damit zu Kürzungen bzw. Umverteilungen führen können.

steuerungstheoretisch relevante Entscheidungen beschränken und nicht näher auf die technischen Änderungen des Gesetzes⁵ eingehen. Auch die Einführung einer pauschalen Vergütung in der Psychiatrie durch das KHRG soll hiermit zwar erwähnt, aber nicht ausführlicher behandelt werden.

3.1. Basisfallwertkorridor

Der Gesetzgeber hatte schon bei Einführung der DRGs als Endziel einen bundeseinheitlichen Basisfallwert vorgesehen (BT-Drs. 14/6893) und wollte dies mit dem KHRG verwirklichen. Aufgrund des Widerstands der Länder konnte sich jedoch nur ein BBFW-Korridor durchsetzen. Im Folgenden werde ich zunächst grundsätzlich die Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes diskutieren. Daran anschließend werde ich die einzelnen Regelungen des KHRG darstellen und die Auswirkungen des BBFW-Korridors aufzeigen.

Ein einheitlicher Preis wie der Bundesbasisfallwert (BBFW) widerspricht zunächst dem vielfach verkündeten Ziel, mehr Wettbewerb zu schaffen. Der BBFW wird zwar zwischen den Selbstverwaltungspartnern ausgehandelt, im Ergebnis ist er aber letztlich nichts anderes als ein administrativ festgesetzter Einheitspreis, der einen Preiswettbewerb nicht zulässt. Mehr Wettbewerb wäre durch die Einführung von Selektivverträgen, bei denen die Krankenhäuser mit den Krankenkassen den Preis und die Leistung individuell verhandeln, geschaffen worden. Dies war jedoch, wie oben beschrieben, politisch nicht durchsetzbar. Wettbewerb im jetzigen DRG-System ist ein Kostenwettbewerb. Alle Krankenhäuser (eines Landes) erhalten für eine Leistung denselben Preis, und um Gewinne bzw. keine Verluste zu machen, müssen die Krankenhäuser versuchen, ihre Kosten unter diesem Preis zu halten bzw. zu senken. Mit dem Übergang von unterschiedlichen Landesbasisfallwerten auf einen einheitlichen BBFW wird dieser Kostenwettbewerb nochmals verschärft,⁶ und ein bundeseinheitlicher „Markt“, oder in diesem Fall wohl eher ein bundeseinheitliches Wettbewerbsfeld, geschaffen.

Mit dem BBFW wird allerdings etwas vereinheitlicht, was de facto völlig inhomogen ist (IfÖ 2008: 8). Der viel beschworene Grundsatz der DRG-Vergütung „gleicher Preis für gleiche Leistung“, trifft für Krankenhausleistungen aus mehreren Gründen nicht zu. Erstens handelt es sich bei Krankenhausleistungen um hochgradig individualisierte Dienstleistungen

⁵ Der technische Teil des Gesetzes regelt insbesondere die Aufhebung der DRG-Regelungen zur Einführung der Konvergenzphase und führt eine Aktualisierung und Anpassung der verbleibenden Regelungen durch.

⁶ Zumindest für die Krankenhäuser der „Verlierer-Länder“ (siehe unten).

(ebd.), d.h. um Leistungen, die jeweils an den individuellen Bedarf des bzw. der PatientIn angepasst werden müssen. Durch organische Verschiedenheiten, Unterschieden in der Wundheilung oder des pflegerischen Bedarfs, oder durch das Vorliegen anderer Neben-erkrankungen etc. variiert der Behandlungsaufwand zwischen den PatientInnen. Zweitens bestehen zwischen Krankenhäusern, und zum Teil auch innerhalb einer Abteilung eines Krankenhauses, erhebliche Unterschiede in der Qualität der erbrachten Leistungen, welche im DRG-System aber keinerlei Berücksichtigung finden (Simon 2008b: 7). Und drittens existieren aufgrund der Länderzuständigkeit für die Krankenhausversorgung deutliche strukturelle Unterschiede in der Krankenhauslandschaft zwischen den einzelnen Bundesländern (IfÖ 2008: 3).

Warum die Vergütung der Krankenhausleistungen dennoch weiter vereinheitlicht werden soll, lässt sich nicht einfach nachvollziehen. Zur Erklärung kommen mehrere Faktoren in Frage. Ein Grund könnte sein, dass der Kostenwettbewerb durch den BFW nochmals verschärft werden soll. Für viele Krankenhäuser bedeutet der BFW eine erneute oder erstmalige Reduzierung ihres Budgets. Für viele wird er aber auch eine Verbesserung ihrer finanziellen Situation bringen.⁷ Die Einführung eines bundeseinheitlichen Preises lässt sich auch als weiterer Schritt des BMG in seiner seit den achtziger Jahren verfolgten Strategie, Steuerungsmacht auf die Bundesebene zu verlagern, erklären. Die Vereinbarung des LFW war das letzte bedeutende Steuerungsinstrument der Krankenhausvergütung auf Landesebene (Böhm 2008). Mit dem Übergang auf den BFW-Korridor ist dem BMG bei der Vergütung gelungen, was bei der Investitionsfinanzierung zwar schon lange versucht wurde, aber bisher am Widerstand der Länder immer gescheitert ist. Ein weiteres Argument für die Umstellung auf einen BFW könnte die Schaffung gleicher Ausgangsbedingungen für alle Krankenhäuser sein, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden. Dies ist allerdings in Bezug auf den Basisfallwert ein schwaches Argument. Es sind nicht die unterschiedlichen LFWs, die Wettbewerbsverzerrungen hervorrufen. Diese spiegeln nur die unterschiedlichen Kostenstrukturen zwischen den Ländern wider, welche wiederum Ergebnis der dezentralen Steuerung des Krankensektors durch die Bundesländer sind. Durch die dezentrale Steuerung haben sich historisch unterschiedliche Versorgungsstrukturen herausgebildet, die sich am regionalen Bedarf orientieren und da-

⁷ Simon (2008c) hat bei der öffentlichen Anhörung zum KHRG auf die Absurdität der schrittweisen Einführung erst eines Landes- und dann eines Bundesbasisfallwertes hingewiesen: Krankenhäuser, die sich in Bundesländern, deren LFW unterhalb des BFW liegt, befinden, und die unter dem LFW zunächst Verlierer waren und erhebliche Budgetkürzungen zu erleiden hatten, erhalten jetzt mit dem BFW wieder eine Aufstockung ihrer finanziellen Mittel. Umgekehrt werden Gewinnerhäuser in Ländern, deren LFW über dem BFW liegt, nun zu Verlierern.

her der Sache nach nicht einheitlich sein können. Wettbewerbsverzerrungen ergeben sich vielmehr erst durch einen einheitlichen Preis, dann werden nämlich unterschiedliche Kosten einheitlich vergütet. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds hat sich ein zusätzliches Argument ergeben, die Krankenhausvergütung zu vereinheitlichen. Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfonds eine einheitliche Zuweisung, haben durch die unterschiedlichen LBFWe aber unterschiedliche Kosten zu tragen, „(d)as passt nicht zusammen“ (BT-Drs. 16/10807: 32), denn dies würde zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen führen.

Aufgrund der oben genannten Kritikpunkte konnte sich ein einheitlicher Bundesbasisfallwert im Gesetzesprozess nicht gegen den Widerstand der Länder durchsetzen. Als Kompromiss wurde deshalb ein Korridor von +2,5 bis -1,25 Prozent um den BFFW vereinbart, welcher den strukturellen Unterschieden zwischen den Ländern zumindest eingeschränkt Rechnung trägt. Um die Grenzen des Korridors wurde lange gerungen. Im Referentenentwurf war noch ein Spielraum von +2,0 bis -2,0 Prozent vorgesehen, welcher dann zunächst auf +2,5 bis -1,5 Prozent und zuletzt dann noch mal auf +2,5 bis -1,25 Prozent verändert wurde. Bei den ursprünglichen Grenzwerten hätten nur wenige Krankenhäuser den Korridor unterschritten, und der Anpassungsprozess wäre deutlich zu Gunsten der Krankenkassen verlaufen.⁸ Die Umstellung erfolgt, wie auch bei der Einführung der LBFW, schrittweise. In der Konvergenzphase von 2010 bis 2014 werden die LBFW in Schritten von 20, 25, 33, 50 und 100 Prozent an den BFFW-Korridor angeglichen. Um die Verluste der Krankenhäuser zu begrenzen, enthält das KHEntG eine Kappungsgrenze von 0,3 Prozent des LBFWs, d.h. der jährliche Anpassungsbetrag darf 0,3 Prozent des LBFWs nicht überschreiten. (§ 10 Abs. 8 KHEntG 2009) Sowohl der Basisfallwert als auch der Korridor werden dabei zunächst vom DRG-Institut rechnerisch ermittelt,⁹ und auf Basis dessen verhandeln die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene dann die jeweiligen Werte (§ 10 Abs. 9 KHEntG 2009). Sollten sich die Selbstverwaltungspartner nicht einigen können, greift die Schiedsstellenregelung nach §18a Abs. 6 KHG.¹⁰ Ebenfalls im Gesetz verankert wurde der Forschungsauftrag zur Ermittlung der Ursachen für die divergierenden LBFW. Sollte die Forschung ergeben, dass die Kostenstrukturen in den Ländern vergleichbar sind, soll ein Gesetzesverfahren eingeleitet werden, welches die weitere Angleichung an einen einheitlichen BFFW für die Jahre 2015 bis 2019 regelt (§ 10 Abs. 9

⁸ Auf Basis des gewichteten Mittelwertes der LBFWe von 2008 als BFFW wäre die Obergrenze des Korridors 2860,48€ und die Untergrenze bei 2748,30€ verlaufen, was für die Krankenhäuser einen Verlust von fast 86 Millionen Euro bedeutet hätte.

⁹ Hierzu werden die einzelnen LBFW mit dem jeweiligen Case-Mix gewichtet.

¹⁰ Die Schiedsstelle war im Referentenentwurf noch nicht vorgesehen.

KHEntG 2009). In der Gesetzesbegründung wird noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der BBFW lediglich ein „Bezugspunkt“ für die Angleichung der LBFWe ist, und dass die Verantwortung damit bei den Verhandlungspartnern auf Landesebene verbleibt (BT-Drs. 16/10807, S. 47).

Bevor allerdings mit der Konvergenz an den BBFW-Korridor begonnen werden kann, muss die Konvergenz der krankenhausesindividuellen BFW an die Landesbasisfallwerte abgeschlossen sein. Eigentlich sollte dies bis 2009 geschehen sein, aber in letzter Minute wurde die Verlängerung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr ins KHRG aufgenommen, weil durch den letzten Konvergenzschritt erhebliche Mehrausgaben für die Krankenkassen befürchtet wurden. Grund hierfür ist die zum Teil erhebliche Differenz zwischen verhandeltem und aus den individuellen Krankenhausbasisfallwerten errechnetem Landesbasisfallwert. Eine vollständige Angleichung der hausesindividuellen BFW hätte im Jahr 2009 zu Mehrausgaben von 600 bis 800 Millionen Euro geführt. Durch die Verlängerung der Konvergenzphase werden die Kosten des „Sprungproblems“ jetzt auf zwei Jahre verteilt (Leber et al. 06.11.2008, BT-Drs. 16/11429: 60).

Die Umstellung auf den BBFW-Korridor wird, wie auch schon die Umstellung auf den LBFW, Verlierer und Gewinner produzieren. Nur werden jetzt nicht einzelne Krankenhäuser gewinnen bzw. verlieren, sondern alle Krankenhäuser eines Landes werden zu Verlierern bzw. Gewinnern werden (Simon 2008b: 5). Dies hat auch Auswirkungen auf die Krankenkassen. In Bundesländern mit einem LBFW unterhalb des BBFW-Korridors wird die neue Regelung zu erheblichen Mehrausgaben bei den Krankenkassen führen, wobei Krankenkassen in Bundesländern mit einem LBFW oberhalb des BBFW-Korridors deutliche Kostensenkungen verzeichnen werden. Bei bundesweit agierenden Krankenkassen werden sich die Mehr- und Minderausgaben weitgehend ausgleichen (Simon 2008b: 5, IfÖ 2008). Das Institut für Gesundheitsökonomie (IfÖ) vermutet, dass dadurch, insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung des Gesundheitsfonds, durch welchen die Krankenkassen ihre Beiträge nicht mehr dem erhöhten Bedarf anpassen können, die Konzentrationstendenzen im Krankenkassenmarkt verstärkt werden (IfÖ 2008: 24). Das IfÖ hat im Auftrag der AOK Schleswig-Holstein ein Gutachten über die Auswirkungen der Einführung des BBFW-Korridors erstellt. Demnach wird sich die Vergütung der Krankenhäuser in den Ländern Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz und im Saarland verringern, in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen erhöhen, und für die restlichen Länder wird es keine Veränderung

geben, weil sich diese mit ihrem LBFW bereits innerhalb des Korridors befinden.¹¹ Bei einem angenommenen BBFW von 2.804,39 € wird die Umstellung die Krankenkassen knapp 30 Millionen Euro kosten.

Tabelle 1: Anpassung der Landesbasisfallwerte an den BBFW-Korridor¹²

Land	Case-Mix-Punkte	LBFW vor Kap-pung, ohne Ausgleich	Angleichungsbetrag an Unter- bzw. Obergrenze des Schwankungs-korridors	Summe der Budget-auswirkung (am Ende der Konvergenz-phase)
Baden-Württemberg		2 853,90 €	LBFW liegt im Korridor	
Bayern	2 300 000	2 819,14 €	LBFW liegt im Korridor	
Berlin	734 920	2 898,00 €	- 23,50 €	- 17 270 804 €
Brandenburg	487 015	2 765,43€	3,91	1 901 854€
Bremen	198 126	2 878,00 €	- 3,50 €	- 693 491 €
Hamburg	460 000	2 824,00 €	LBFW liegt im Korridor	
Hessen	1 148 741	2 826,12 €	LBFW liegt im Korridor	
Mecklenburg-Vorpommern	372 440	2 733,25 €	36,09 €	13 439 544 €
Niedersachsen	1 436 133	2 785,00 €	LBFW liegt im Korridor	
Nordrhein-Westfalen	3 558 785	2 754,49 €	14,85 €	52 830 608€
Rheinland-Pfalz	755 157	2 959,53 €	- 85,03 €	- 64 211 189 €
Saarland	252 108	2 934,83 €	- 60,33 €	- 15 209 739 €
Sachsen	920 353	2 753,63 €	15,71 €	14 454 259 €
Sachsen-Anhalt	534 000	2 775,00 €	LBFW liegt im Korridor	
Schleswig-Holstein	521 405	2 685,00 €	84,34 €	43 972 756 €
Thüringen	530 000	2 761,00 €	8,34 €	4 417 616 €
Bund (BBFW als gewichteter Mittelwert der LBFWe)	16173 605	2 804,39 €		29 213 800 €

Quelle: IfÖ 2008; eigene Berechnungen

¹¹ Das Ifö hat seine Berechnungen für einen Korridor von +2,5 bis -1,5 Prozent um den BBFW erstellt. Diese wurden von mir auf den dann beschlossenen Korridor von +2,5 bis -1,25 angepasst (siehe Tab. 1).

¹² Auf Basis des gewichteten Mittelwerts der LBFWe für 2008 von 2.804,39€ und einem Korridor von +2,5 bis -1,25 Prozent.

3.2. Investitionskostenpauschalen

Die Investitionskostenfinanzierung ist seit Jahrzehnten ein Dauerthema der Krankenhauspolitik. Wie oben beschrieben stehen sich die Interessen zwischen Bund und Ländern hier diametral entgegen, weshalb sich bis heute, trotz mehrfacher Versuche eine monistische Finanzierung einzuführen, die duale Finanzierung behaupten konnte. Mit leistungsorientierten Investitionskostenpauschalen wurde nun eine Lösung gefunden, die einen wettbewerbskonformen Umbau der Investitionsfinanzierung ermöglicht, ohne dabei auf die umstrittene Monistik zurückzugreifen. Allerdings musste auch hier das BMG einen Kompromiss eingehen: Die Einführung der Investitionspauschalen ist freiwillig und damit bleibt die Entscheidung über die Finanzierungsform den Ländern überlassen. Die vorgesehene pauschale Investitionskostenförderung auf Basis des DRG-Systems ist mit einem ungeheuren Aufwand verbunden. Da überhaupt nicht sicher ist, ob und wie viele Länder die neue Form der Investitionsfinanzierung überhaupt einführen werden, lässt sich entweder an der Sinnhaftigkeit dieser aufwändigen Maßnahme zweifeln, oder aber sie wird als erster Schritt einer länger angelegten Strategie verstanden, welche den wettbewerbskonformen Umbau der Investitionsfinanzierung zum Ziel hat. Da bei leistungsorientierten Investitionspauschalen die Höhe der Investitionsmittel an die Leistungs- und Fallzahlentwicklung gebunden ist, erfolgt die Zuweisung der Investitionsmittel nicht mehr wie bisher nach dem Bedarf, sondern, vereinfacht gesagt, nach dem Umsatz des jeweiligen Hauses. Diese Veränderung der Verteilungsnorm vom Bedarf zur Leistung könnte in der Zukunft äußerst problematisch für die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung werden.

Im Folgenden werde ich kurz die Praxis der bisherigen Investitionskostenfinanzierung darstellen, dann die gesetzlichen Regelungen zu Investitionskostenpauschalen des KHRG beschreiben und abschließend die mögliche Bedeutung dieser neuen Finanzierungsform diskutieren.

Abgeleitet aus dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 GG), obliegt dem Staat die Daseinsvorsorge für seine Bürger. Im Bereich der Krankenhausversorgung wird diese Aufgabe von den Ländern wahrgenommen. Aus der Daseinsvorsorge ergibt sich - zumindest sah man das in der Geburtsstunde des KHG 1972 so - die Verpflichtung zur Finanzierung der Infrastruktur, weshalb die Länder die Investitionskostenfinanzierung zu übernehmen haben. Aus eben diesem Grund erhalten auch nicht alle Krankenhäuser Investitionsmittel aus dem Landestopf, sondern nur diejenigen, welche für die Versorgung der Bevölkerung notwendig und deshalb in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sind. Das KHG

unterscheidet zwischen Einzel- und Pauschalförderung. Einzelförderung erhalten Krankenhäuser auf Antrag für unterschiedliche Fördertatbestände, wie zum Beispiel für die Errichtung und Erstausrüstung von Krankenhäusern (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG), für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 KHG), und für Anlauf- und Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie Kosten, die bei der Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben von Krankenhäusern entstehen (§ 9 Abs. 2 KHG). Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und kleiner baulicher Maßnahmen hingegen werden mit einem festen jährlichen Pauschalbetrag gefördert, über welchen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung frei verfügen kann (§ 9 Abs. 3 KHG). Die konkrete Ausgestaltung der pauschalen Förderung ist in Landesgesetzen geregelt und unterscheidet sich deshalb, ebenso wie der Mittelumfang, von Bundesland zu Bundesland. Diese Form der Investitionsfinanzierung ist mit den Jahren zunehmend in die Kritik geraten. Bemängelt wird vor allem, dass Investitionsentscheidung und Kostenverantwortung nicht in einer Hand liegen, was zu einer ineffizienten Investitionsmittelverteilung und Überkapazitäten führe. Zudem sei das Antragsprozedere zu bürokratisch und verhindere flexible Investitionstätigkeiten der Krankenhäuser. Des Weiteren wird kritisiert, dass die Vergabe der Investitionsmittel nach politischen statt ökonomischen Kriterien erfolge,¹³ was Ineffizienzen zur Folge hat, die unter anderem aus den dadurch entstehenden Wettbewerbsverzerrungen resultieren. Hauptkritikpunkt ist jedoch die ungenügende Mittelausstattung der Investitionsprogramme. Unter dem Konsolidierungsdruck der Länderhaushalte sind die Investitionsmittel immer weiter zurückgegangen. Zwischen 1997 und 2007 haben sie sich um 34,33 Prozent verringert. Von 1991 bis 2007 hat sich der Anteil der KHG-Fördermittel am BIP sogar von 0,24 auf 0,11 Prozent mehr als halbiert (DKG 2008b). Über die Jahre hat sich dadurch ein riesiger Investitionsstau ergeben, der von den unterschiedlichen Akteuren auf 12 bis 50 Milliarden Euro veranschlagt wird (Rürup 2008: 16). Den Krankenhäusern blieb in den letzten Jahren deshalb nichts anderes übrig, als nötige Investitionen, falls möglich, aus den Betriebsmitteln zu finanzieren (schleichende Monistik).

Aus dieser Kritik heraus wurde im Vorfeld des KHRG viel über alternative Modelle der Krankenhausfinanzierung diskutiert, insbesondere über eine monistische Finanzierung. Da diese aber mit den Ländern nicht zu machen war, schienen Investitionspauschalen, gerade auch vor dem Hintergrund, dass die pauschale Förderung mittlerweile ohnehin

¹³ Die explizite politische Entscheidung der Ressourcenverteilung ist gerade das Kernmerkmal der Krankenhausplanung (SVR 2007 #22: Ziffer 458). Durch sie soll eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden, die durch eine reine Marktallokation nicht zu verwirklichen wäre.

bereits rund 41 Prozent der Fördermittel ausmacht (DKG 2008b: 70),¹⁴ eine geeignete Kompromisslösung. Einen solchen Eingriff in ihren Kompetenzbereich konnten die Länder aber nicht erlauben, weshalb im KHRG nur ein „Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung“¹⁵ (§ 10 KHG 2009), mit dem Ziel einer Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen verankert ist. Vorgesehen ist, die Einführung ab 01.01.2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab 01.01.2014, zu ermöglichen. Bund und Länder sind gemeinsam beauftragt, nähere Einzelheiten des Verfahrens zur Entwicklung der Investitionspauschalen zu regeln.¹⁶ Bis 21.12.2009 sollen Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt werden (§10 Abs. 1 KHG 2009). Das KHRG verpflichtet außerdem den Spitzenverband Bund, zusammen mit dem Verband der PKV und der DKG, bis 31.12.2009 „Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung“ zu vereinbaren (§10 Abs. 2 S. 1 KHG 2009). Der Gesetzgeber macht ihnen hierfür die Vorgabe, dass die Investitionsbewertungsrelationen den Investitionsbedarf für voll- und teilstationäre Leistungen pauschaliert abbilden müssen, wobei unterschiedliche Investitionsbedarfe zu berücksichtigen sind, und dass die Investitionsbewertungsrelationen einen praktikablen Differenzierungsgrad aufweisen müssen. Die Selbstverwaltung wird außerdem verpflichtet, ihr DRG-Institut zu beauftragen, bis 31.12.2010¹⁷ bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren, wobei die Finanzierung über den DRG-Systemzuschlag erfolgt, welcher hierfür erhöht wird. Wie zumeist bei der Übertragung von Steuerungsaufgaben auf die Selbstverwaltung der Bundesebene behält sich das BMG bei Nichteinigung der Selbstverwaltung die Möglichkeit einer Ersatzvornahme vor.

Die Investitionspauschalen bieten gegenüber der bisherigen Antragsfinanzierung einige Vorteile. Sie sind weniger bürokratisch¹⁸ und ermöglichen dadurch flexiblere Investition-

¹⁴ Der hohe Anteil der Pauschalförderung lässt sich dadurch erklären, dass die Kürzungen der letzten Jahre stärker im Bereich der Einzelförderung (1997 bis 2007: -41,55%) erfolgten als im Bereich der Pauschalförderung (1997 bis 2007: - 19,89%). Es bestehen jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die ostdeutschen Bundesländer zum Beispiel wenden im Schnitt nur 23% ihrer Investitionsmittel für die pauschale Förderung auf, während die westdeutschen Bundesländer hierfür 46 Prozent verwenden (DKG 2008b: 71).

¹⁵ So die Überschrift des neuen § 10 KHG. Im Referentenentwurf war noch eine verpflichtende Einführung vorgesehen gewesen, welche auch genau definiert hatte, wann den Ländern zusätzlich Einzelinvestitionen gestattet sind.

¹⁶ Das Ergebnis soll später gesetzlich verankert werden. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll auch festlegen, ob und inwieweit die Selbstverwaltung einbezogen wird (BT-Drs. 16/10807: 31).

¹⁷ Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen bis 31.12.2012.

¹⁸ Ob Investitionspauschalen insgesamt weniger bürokratisch sind, bleibt fraglich, berücksichtigt man den Aufwand zur Erstellung und Pflege der Investitionsbewertungsrelation auf Bundesebene durch die Selbstverwaltung.

sentscheidungen. Sie sind transparenter und die Mittelverteilung ist nicht mehr durch politische Parteinahme beeinflussbar. Zudem erhöhen sie die Planungssicherheit für die Krankenhäuser, und die Wettbewerbsfähigkeit der öffentlichen Krankenhäuser wird durch die Beschleunigung der Investitionsentscheidungen verbessert (BT-Drs. 16/9008).¹⁹ Die Problematik der zu geringen Investitionsmittel vermögen aber auch Investitionspauschalen nicht zu lösen, da sich an der Finanzierungszuständigkeit nichts verändert. Kritisch ist insbesondere die geplante Einbindung der Investitionsfinanzierung in das DRG-System zu sehen.²⁰ Dieses ist hierfür nicht entwickelt worden und erlaubt die Ermittlung der Investitionskosten allein auf Ist-Kostenbasis (DKG 2008c: 6f).²¹ Die Investitionspauschalen bieten auch ein Einfallstor für die Monistik, denn wenn die Investitionsfinanzierung erst einmal vereinheitlicht ist, entfällt die Übergangsproblematik und damit eine der größten bisherigen Hürden auf dem Weg in die Monistik.

Abgesehen von den Vor- und Nachteilen der leistungsorientierten Investitionspauschalen als neuer Finanzierungsform stellt sich die Frage, warum diese mit dem KHRG gesetzlich verankert wurden, wo doch bereits die bisherigen gesetzlichen Vorgaben dies ermöglichen, wie das Beispiel Nordrhein-Westfalen zeigt. Nordrhein-Westfalen hatte 2007 seine Investitionsfinanzierung nahezu komplett auf leistungsorientierte Pauschalen umgestellt.²² Hintergrund für die Implementierung von Investitionspauschalen ins KHG ist ihre Wettbewerbskompatibilität. Mit dem DRG-System existiert in der Vergütung bereits seit Jahren ein wettbewerbsorientiertes System, zu welchem die bisherige duale Finanzierung mit ihrer staatlichen Planung aber immer mehr in Widerspruch gerät (Böhm 2009). Hauptaufgabe der Investitionspauschalen ist es deshalb, die Investitionsfinanzierung wettbewerbskompatibel umzugestalten, und so die beiden Finanzierungssysteme wieder aufeinander abzustimmen. Aus der Gesetzesbegründung des KHRG geht dies ganz deutlich hervor: „Mit der Vereinbarung von einheitlichen Grundsätzen und Kriterien für die Pauschalierung soll eine systemkongruente Abstimmung mit den bundeseinheitlichen Modalitäten der Finanzierung der Betriebskosten im DRG-System erfolgen“ (BT-Drs.

¹⁹ Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Krankenhäuser zukunftsfähig machen

²⁰ Die Kopplung der Investitionsfinanzierung an das DRG-System ist nicht neu. Es wurde bereits vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2007 vorgeschlagen, allerdings in Verbindung mit einer monistischen Finanzierung.

²¹ Die DKG kritisiert darüber hinaus, dass das KHRG keine Übergangsregelungen vorsieht, ohne diese würde es aber zu Wettbewerbsverzerrungen kommen. Außerdem sei der Zeitrahmen, der dem InEK für die Ermittlung der bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen vorgegeben wurde, nicht realistisch (DKG 2008c: 4–7).

²² Für eine ausführliche Darstellung der Ausgestaltung der Investitionspauschalen in NRW siehe Winterer 2009.

16/10807: 31; Herv. K. B.).²³ Bisher wurde versucht, eine Systemkongruenz durch die Einführung der Monistik zu erreichen. Da dies aber seit 20 Jahren immer wieder am Widerstand der Länder scheitert, wurde jetzt mit den Investitionspauschalen ein „dritter Finanzierungsweg“ (Winterer 2009) beschritten, der „die Steuerungswirkungen der Monistik mit einer weiterhin landespolitisch verantworteten Krankenhausplanung“ verbindet (ebd.: 147). Haupthinderungsgrund für einen Übergang in die Monistik ist der Sicherstellungsauftrag der Länder. Bei einer monistischen Finanzierung wäre den Ländern nahezu jegliche Handlungsmacht zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung genommen. Bei den Investitionspauschalen hingegen ändert sich nur das Verteilungsprozedere, die Handlungsmacht verbleibt, zumindest formal, bei den Ländern. Inwieweit die Investitionsfinanzierung dann allerdings noch als Sicherstellungsinstrument eingesetzt werden kann, hängt von der näheren Ausgestaltung des neuen Finanzierungssystems ab. Aus ihrer Systematik heraus sind Investitionspauschalen jedoch weniger für die Sicherstellung geeignet, da sie sich an der Leistung und nicht am Bedarf orientieren. Werden Investitionspauschalen allein nach der Leistung bezahlt, kommt es zu einer Trennung von Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung und dann ist eine Steuerung der Investitionen nach Plankriterien nicht mehr möglich.²⁴

Jedoch ist noch ungewiss, ob es eine neue Investitionsfinanzierung überhaupt geben wird. Bis jetzt ist im Gesetz nur ein, wenn auch sehr detaillierter, Entwicklungsauftrag festgeschrieben. Ob und wie dieser umgesetzt wird, hängt in entscheidendem Maße von den Ländern ab. Sie haben weiterhin die Entscheidungsmacht darüber, wie sie ihre Investitionsfinanzierung gestalten, und wenn sie sich verweigern, wird es flächendeckend keine Investitionspauschalen geben.

3.3. Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser

Viele Krankenhäuser haben mit erheblichen finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen. Diese wurden unter anderem durch die geringe Grundlohnsummensteigerung der letzten Jahre, Tariflohnerhöhungen, stark gestiegene Sachkosten (Mehrwertsteuererhöhung,

²³ Dieses Zitat ist der Gesetzesbegründung des KHRG entnommen. Dort wird versucht, die Investitionspauschalen als Vereinheitlichung der bisherigen Pauschalvergütungspraxis darzustellen. Bei den geplanten Investitionspauschalen handelt es sich aber nicht um eine Vereinheitlichung, sondern um einen vollkommenen Systemwechsel der Investitionsfinanzierung.

²⁴ Eine Anpassung der Krankenhausplanung an die neue Investitionsfinanzierung wurde bisher nicht vorgesehen. Im Vorfeld des KHRG wurde zwar viel über eine Reduzierung auf eine Rahmenplanung diskutiert, jedoch vermutlich aufgrund des Widerstandes der Länder nicht ins Gesetz mit aufgenommen.

Energiekosten) und durch die Budgetkürzungen mittels des pauschalen Rechnungsabschlages in Höhe von 0,5 Prozent verursacht (DKG 2008c: 2). Im Laufe des Jahres 2008 wurde die Finanzmisere der Krankenhäuser von einer immer größer werdenden Öffentlichkeit als Problem wahrgenommen, und den beteiligten Akteuren ist es gelungen, mit Demonstrationen und Protestaktionen Handlungsdruck zu erzeugen. Als Höhepunkt des Protestes fand am 25. September die mit 130.000 Teilnehmenden größte Demonstration im Gesundheitswesen seit Bestehen der Bundesrepublik statt (ebd.: 3). Durch den öffentlichen Druck ist die Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser zeitweilig zum bestimmenden Thema der Gesetzgebung des KHRG geworden, und es wurden zahlreiche Maßnahmen in das Gesetz aufgenommen, die der Finanzmisere Abhilfe schaffen sollen. Als Sofortmaßnahmen wurden die partielle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen für die Jahre 2008 und 2009,²⁵ ein Pflegeförderprogramm zur Schaffung zusätzlicher Pflegestellen, der Wegfall des GKV-Rechnungsabschlages²⁶ und die verbesserte Finanzierung von Personalstellen in der Psychiatrie²⁷ beschlossen. Darüber hinaus wurde gesetzlich konkretisiert, dass alle sich aus der Reform der Krankenpflegeausbildung aus dem Jahr 2003 ergebenden Mehrkosten durch die Krankenkassen zu finanzieren sind. Alleine diese Sofortmaßnahmen bedeuten Mehreinnahmen bei den Krankenhäusern in Höhe von zwei Milliarden Euro (siehe Tab. 2). Zusätzlich wurden Regelungen getroffen, die langfristig die Finanzsituation der Krankenhäuser verbessern sollen. Hierzu gehört die Abschaffung der Grundlohnsteigerungsrate als Basis der Budgetdeckelung und deren Ersetzung durch einen Kostenindex, welcher die Kostenentwicklung der Krankenhäuser abbildet. Außerdem wurde die Öffnungsklausel der Budgettierung (§ 6 Abs. 2 BPfIV) erweitert, sodass auch zukünftige Tariflohnsteigerungen besser refinanziert werden können.²⁸ Im Folgenden sollen das Pflegeförderprogramm und die Abkehr von der Grundlohnsummensteigerungsrate als Deckelungsmaß näher erläutert und diskutiert werden: Ersteres, weil es im Unterschied zu den anderen Maßnahmen sehr konträr diskutiert wurde, das Zweite, weil es gesundheits- und steuerungspolitisch von Bedeutung ist.

²⁵ § 10 Abs. 5 KHEntG 2009: Tarifierhöhungen, die über der Grundlohnsummenentwicklungsrate (§71 SGB V) liegen, werden zu 50 Prozent finanziert. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene soll hierfür den Differenzbetrag zwischen Tarifierhöhung und Grundlohnsummenentwicklungsrate errechnen und als Erhöhungsrage vereinbaren. Der Landesbasisfallwert ist um 33 Prozent (67 Prozent Personalkosten mal 50 Prozent) zu erhöhen.

²⁶ Der Wegfall des GKV-Rechnungsabschlages wird im Gesetz zu den Finanzhilfen gezählt. Er war aber ohnehin nur für zwei Jahre vorgesehen gewesen.

²⁷ § 6 BPfIV 2009 verfügt, dass, wenn die Psychiatrie-Personalverordnung bis 2008 nicht vollständig umgesetzt wurde, auf Antrag einer Verhandlungspartei Neuverhandlungen über die Anhebung des Personals auf mindestens 90 Prozent der Psychiatrie-Personalverordnung stattfinden müssen.

²⁸ Bisher war die Refinanzierung an die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses gebunden und die Berücksichtigungsquote auf 33 Prozent begrenzt (jetzt 40 Prozent).

Tabelle 2: Zusätzliche Finanzmittel des KHRG für das Jahr 2009

• Anteilige Finanzierung der Tariflohnsteigerungen	1,35
• Förderprogramm zur Verbesserung der Situation in der Pflege	0,22
• Wegfall des GKV-Rechnungsabschlages	0,23
• Verbesserung der Finanzierung Psychiatrie	0,06
• Finanzierung der Praxisanleitung (Ausbildungskosten)	0,15
	Σ 2,01

Quelle: BT-Drs. 16/11429

Pflegeförderprogramm

Das „Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern“ ist eine Reaktion auf den erheblichen Pflegestellenabbau der letzten Jahre.²⁹ Mit dem Förderprogramm sollen im Zeitraum von drei Jahren bis zu 21.000 neue Stellen in der Pflege geschaffen werden. Für die Jahre 2009 bis 2011 werden hierfür zusätzliche Personalkosten, die durch Neueinstellung von examiniertem Pflegepersonal oder durch Aufstockung von Teilzeitstellen entstehen, zu 90 Prozent von den Krankenkassen finanziert (§ 4 Abs. 10 KHEntG 2009). Insgesamt können so bis zu 0,48 Prozent des Gesamtbudgets pro Jahr zusätzlich für Pflege ausgegeben werden.³⁰ Fünf Prozent dieser Mittel können zur Erprobung neuer Arbeitsabläufe in der Pflege verwendet werden. Voraussetzung für den Erhalt der Fördermittel ist eine Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über die zusätzlichen Personalstellen. Ab 2012 sollen die zusätzlichen Finanzmittel dann in die DRG-Vergütung integriert werden. Das DRG-Institut wird beauftragt, hierfür Kriterien zu ermitteln, welche sicherstellen, dass die Mittel „zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen“ (§ 4 Abs. 10 KHEntG 2009).

Darüber, dass es ein Pflegeförderprogramm geben wird, bestand frühzeitig im Gesetzesprozess Einigkeit, um die Finanzierungsanteile aber wurde sehr lange gerungen. Im Referentenentwurf wurde noch überhaupt keine Refinanzierungsrate genannt. Später einigte man sich auf eine Förderrate von 70 Prozent, welche aber in letzter Minute vom

²⁹ Siehe Kap. 2.3.4

³⁰ Wenn der Förderbetrag nicht im Vorjahr in Anspruch genommen wurde, kann der doppelte Betrag im Folgejahr gefördert werden (§ 4 Abs. 10 KHEntG 2009).

Gesundheitsausschuss auf 90 Prozent³¹ erhöht wurde. Das Problem bei einer nur siebenzigprozentigen Finanzierung ist, dass gerade finanziell schlecht gestellte Häuser, bei denen der Druck zum Stellenabbau am größten ist, sich auch mit dem Förderprogramm keine zusätzlichen Pflegekräfte leisten können (Löbus in: Ausschuss für Gesundheit 24.11.2008: 12). Als Gegenargument wurde vorgebracht, dass ein hoher Finanzierungssanteil dazu verleiten könnte, unnötiges Pflegepersonal einzustellen oder Pflegepersonal in pflegefremden Bereichen einzusetzen (Leber in: Ausschuss für Gesundheit 24.11.2008: 11).

Einigkeit bestand unter allen Beteiligten darüber, dass im Pflegebereich Handlungsbedarf besteht. Es war allerdings umstritten, ob das Pflegeförderprogramm eine sinnvolle Maßnahme darstellt. Grundtenor der Kritik vieler Sachverständiger war, dass das Programm den Trend des Personalabbaus allenfalls verlangsamen, aber nicht umkehren könne, weil es an dessen Ursache, der finanziellen Unterversorgung der Krankenhäuser, nichts ändere. Darüber hinaus wurde kritisiert, dass durch die Zweckbindung der Mittel ein ordnungspolitischer Eingriff in die Handlungsautonomie der Krankenhäuser erfolge, und das Programm aufgrund der aufwendigen Nachweispflicht³² zu noch mehr Bürokratie führe (vgl. z. B. DKG 2008c: 5). Nach Aussage einiger Experten bleibt auch fraglich, ob auf dem Arbeitsmarkt gegenwärtig eine solch hohe Zahl an Pflegekräften überhaupt zur Verfügung steht. Und zuletzt ergibt sich das Problem der Überleitung der Finanzmittel in das DRG-System im Anschluss an die drei Förderjahre, denn dann „profitieren alle Krankenhäuser von den Effekten des Programms, und zwar am meisten diejenigen, die keine Pflegekräfte eingestellt haben“ (Malzahn in: Ausschuss für Gesundheit 24.11.2008: 11). Die Steuerungswirkung des Programms ist also allenfalls kurzfristig und wird das Problem der Pflegerationierung nicht grundsätzlich lösen können. Mit dem Förderprogramm zeigen die Politikverantwortlichen jedoch, dass bei ihnen ein Problembewusstsein in diesem Bereich vorhanden ist und sie auch die Notwendigkeit zur Handlung sehen.

³¹ Die Fördersumme wurde aber nicht erhöht, was dazu führt, dass nicht wie vorgesehen 21 000 neue Stellen geschaffen werden können, sondern nur noch ca. 15 000 bis 16 000 (vgl. Simon in Ausschuss für Gesundheit 24.11.2008: 21).

³² Nach § 4 Abs. 10 KHEntG müssen die Krankenhäuser den Krankenkassen eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung vorlegen. Außerdem muss die DKG jährlich die Zahlen der durch das Förderprogramm erfolgten Neueinstellungen an das BGM übermitteln.

Budgetdeckelung

Die Budgetdeckelung des Krankenhausesektors besteht nun schon seit 17 Jahren. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurden 1993 die Ausgaben zunächst befristet an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen gebunden (§ 71 SGB V). Mit dieser einnahmeorientierten Ausgabenpolitik sollten die Ausgaben begrenzt und damit die Beitragssätze stabil gehalten werden.³³ Abgesehen von den ersten Jahren, in denen der Deckel noch viele Löcher aufgewiesen hatte, konnte so, wie Tabelle 3 zeigt, die Ausgabenentwicklung der GKV gebremst werden. Im Zeitraum 2001 bis 2005 lag die Veränderungsrate im Durchschnitt bei 1,03 Prozent, während sich die GKV-Krankenhausaussgaben im selben Zeitraum durchschnittlich um 1,96 Prozent erhöht haben. Die Mehrausgaben wurden dabei zum größten Teil durch gesetzliche Regelungen wie zum Beispiel die Abschaffung des AiP oder die Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen verursacht (Simon 2008a: 26–27).

Die Kosten der Krankenhäuser sind in den letzten Jahren allerdings bedeutend stärker gestiegen als die Grundlohnsumme³⁴, was nach und nach zu einer gravierenden Unterfinanzierung der Krankenhäuser geführt hat. Im Zuge der allgemeinen Finanznot der Krankenhäuser wurden deshalb die Rufe nach der Abschaffung der Budgetdeckelung immer lauter. Unter dem Slogan „der Deckel muss weg“³⁵ forderte das Bündnis aus Krankenhausträgern und Beschäftigten die Abschaffung der Grundlohnsummenbindung. Es war jedoch klar, dass es eine Aufhebung der Deckelung nicht geben wird. Dies würde bei der gegenwärtigen, auf Lohn Einkommen beschränkten Finanzierungsform zu Ausgabenerhöhungen führen, und diese sind politisch nicht durchsetzbar. Mit dem KHRG wurde aber die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen durch einen neuen Orientierungswert ersetzt, welcher „die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt“ (§ 10 Abs. 6 KHEntG 2009).³⁶ Das KHRG erteilt an das Statistische Bundesamt den Auftrag, den neuen Orientierungswert bis 31.12.2009 unter Einbeziehung der Länder zusammenzustellen und diesen Wert erstmals zum 30.06.2010

³³ Zur Kritik an der grundsätzlichen Eignung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen als Orientierungswert für die GKV-Ausgaben siehe Simon 2008b.

³⁴ Schon alleine die Tariflohnentwicklung im Krankenhaus lag in fast allen Jahren der Deckelung über der Grundlohnsummenrate (Kösters in: Ausschuss für Gesundheit 24.11.2008: 10).

³⁵ „Der Deckel muss weg“ ist der Titel einer von der Gewerkschaft ver.di 2008 ins Leben gerufenen Kampagne zur Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser.

³⁶ Die bisherige Veränderungsrate war einnahmebezogen und hat Kostenentwicklungen und -strukturen überhaupt nicht berücksichtigt, deshalb kann hier eigentlich nicht von einer besseren Berücksichtigung der Kosten gesprochen werden.

zu berechnen. Gleichzeitig wurde das BMG ermächtigt, nach Anhörung der Länder,³⁷ per Rechtsverordnung den Zeitpunkt der Einführung und den zu finanzierenden Anteil des neuen Orientierungswertes zu erlassen (§ 10 Abs. 6 S. 4 KHEntG 2009).

Tabelle 3: Veränderungsrate und GKV-Ausgaben für Krankenhäuser 1992- 2005

	Veränderungsrate nach § 270a SGB V bzw. § 71 SGB V			GKV-Ausgaben für Krankenhäuser	
	Bundes- gebiet	West	Ost	in Mio. Euro	Veränderung ggü. Vorjahr in %
1992	–			34.948	
1993	–	4,00	16,50	37.188	6,41
1994	–	2,40	8,90	40.355	8,52
1995	–	0,70	0,40	41.928	3,90
1996	–	0,86	1,11	42.569	1,53
1997	–	1,30	2,30	43.663	2,57
1998	–	1,00	0,80	44.984	3,03
1999	–	1,66	0,27	45.227	0,54
2000	1,43	1,43	1,43	46.008	1,73
2001	1,63	1,63	1,63	46.431	0,92
2002	1,89	1,84	1,87	47.692	2,72
2003	1,06	0,81	2,09	48.207	1,08
2004	0,17	0,02	0,71	49.237	2,14
2005	0,38	0,38	0,38	50.689	2,95
Durchschnittliche jährliche Veränderung					
1993-1995	–	2,37	8,60	–	6,27
1996-2000	–	1,25	1,18	–	1,88
2001-2005	1,03	0,94	1,34	–	1,96

Quelle: Simon 2008a: 26

Das KHRG führt nun also die Deckelung weiter, tauscht aber sozusagen die Deckel aus. Der Orientierungswert bezieht sich im Unterschied zur Veränderungsrate nicht mehr auf die Einnahmen, sondern auf die Kosten. Der neue Wert ermöglicht nun, zumindest theoretisch, dass bei der Vergütung Kostenerhöhungen der Krankenhäuser berücksichtigt werden. Eine Aufkündigung der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist trotz Abschaffung des einnahmeorientierten Veränderungswertes allerdings nicht zu erwarten, denn die entscheidende Steuerungsmacht hat mit der Festlegung des zu finanzierenden Anteils des Orientierungswertes das BMG. Dieses kann damit besser als bisher die Ausgaben

³⁷ Aber ohne Beteiligung des Bundesrates (§ 10 Abs. 6 S. 4 KHEntG 2009).

der GKV steuern. Zuletzt wurde die Veränderungsrate vom BMG aus den Veränderungs-raten der Vergangenheit ermittelt (§ 71 Abs. 3 SGB V),³⁸ jetzt kann es die Veränderungs-rate direkt an arbeitsmarktpolitische Bedingungen oder an die Erfordernisse des Gesund-heitsfonds anpassen.

4. Reform der kleinen Schritte

Auf den ersten Blick erfüllt das KHRG den Anspruch, den es im Namen trägt, nicht, denn es beinhaltet keine großen Reformen. Die politischen Punkte des Gesetzes wurden ent-weder nicht angegangen, wie die selektive Vergütung, oder endeten, wie die freiwilligen Investitionspauschalen, in einer schwachen Kompromisslösung. Und dennoch, so meine These, wurde mit dem KHRG ein weiterer Schritt auf dem Reformweg der Krankenhaus-politik beschritten. Im Gesundheitswesen sind Big-Bang-Reformen aufgrund der wider-streitigen Interessen und zahlreichen Vetopositionen kaum möglich,³⁹ was aber nicht heißt, dass Reformen ausgeschlossen sind und eine politische Steuerung nicht möglich ist. Reformen ergeben sich vielmehr über einen langfristigen, graduellen Wandel, hinter welchem durchaus gezielte politische Strategien stehen. Diese sind im einzelnen Reform-gesetz häufig jedoch nicht zu erkennen, weil die Kompromisslösungen die eigentliche Intention der Reformmaßnahmen verwischen. Die Bedeutung des KHRG ist daher nur zu verstehen, wenn man es in den Reformprozess der letzten Jahre, wenn nicht Jahrzehnte verortet.

Die politische Steuerung des Gesundheitswesens ist geprägt von einem, in den ver-schiedenen Sektoren unterschiedlich kombinierten Mix aus wettbewerblichen, hierar-chischen und korporatistischen Steuerungselementen (Gerlinger/Rosenbrock 2006). Zunächst nur charakteristisch für den ambulanten Sektor, wurden korporatistische Steuerungsinstrumente seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts zunehmend auch im Krankenhaussektor implementiert (Döhler/Manow-Borgwardt 1992). Mit Ein-führung des DRG-Systems wurden der Selbstverwaltung weitere zahlreiche Aufgaben

³⁸ In den vergangenen 17 Jahren wurden verschiedene Modelle verwendet, um die Veränderungsrate festzulegen. Insbesondere das zeitliche Auseinanderliegen von prospektiver Budgetvereinbarung und erst retrospektiv möglicher Ermittlung der Veränderungsrate hat zu zahlreichen Problemen und System-anpassungen geführt. Siehe für nähere Ausführungen Simon 2008b.

³⁹ Eine Ausnahme bildet das GSG von 1993, bei welchem eine historisch günstige politische Konstellation eine systemverändernde Reform ermöglichte.

übertragen (Böhm 2008).⁴⁰ Und auch mit dem KHRG wird diese Politik weiterverfolgt. So wurde die Selbstverwaltung mit der Entwicklung des pauschalen Finanzierungssystems für die Psychiatrie ebenso wie mit der Entwicklung der Investitionspauschalen,⁴¹ und der Organisation der BBFW-Konvergenz betraut. Allerdings bedeutet diese Aufgabenausweitung nur eine „partielle Aufwertung“ (Gerlinger 2009) der Selbstverwaltung, denn gleichzeitig sind Prozesse zu beobachten, welche das Regulierungsmodell des Korporatismus vielschichtig verändern. Diese umfassen erstens eine verstärkte Zentralisierung der Selbstverwaltung, zweitens eine zunehmenden Einschränkung der Handlungsspielräume korporatistischer Akteure, drittens die Verlagerung der Steuerung von der Meso-Ebene auf Wettbewerbsbeziehungen der Mikro-Ebene, und viertens wird die Funktion der Selbstverwaltung weitgehend auf die Konkretisierung der Rahmenbedingungen für den Wettbewerb beschränkt (Ebd. S. 40f.). Diese „Transformation des Korporatismus“ (Gerlinger 2009) ist auch in Elementen des KHRG zu beobachten. So hat zum Beispiel ausschließlich die Selbstverwaltung auf Bundesebene neue Aufgaben übertragen bekommen, was den Trend zur Zentralisierung zeigt. Gleichzeitig mit der Aufgabenausweitung sind die Eingriffsrechte des BMG erweitert, und damit die Handlungsfreiheit der Selbstverwaltung eingeschränkt worden. So sieht das neue Gesetz zum Beispiel eine Ersatzvornahme des BMG bei Nichteinigung der Selbstverwaltung über die Investitionspauschalen vor (§ 10 Abs. 2 S. 6 KHG 2009). Mit der Entwicklung des pauschalen Finanzierungssystems für die Psychiatrie ebenso wie mit der Entwicklung der Investitionspauschalen und der Organisation der BBFW-Konvergenz wurden die Aufgaben der Selbstverwaltung gerade dort ausgebaut, wo Wettbewerbsbedingungen geschaffen werden, bzw. der Wettbewerb intensiviert werden soll.

Mit der Einführung von Investitionspauschalen findet nicht nur eine Zentralisierung der Steuerung bei der Selbstverwaltung statt, sondern es werden auch Zuständigkeiten der Länder in den Aufgabenbereich des Bundes übertragen. Eine weitere Stärkung der Bundesebene erfolgt durch die Einführung des BBFW-Korridors. Auch wenn diese Reformkompromisse marginal erscheinen, bedeuten sie doch, wenn auch eine verhaltene Machtverschiebung zugunsten des Bundes.

⁴⁰ Die Selbstverwaltung hatte zwar zunächst Probleme ihre neuen Aufgaben zu erfüllen, und das BMG musste zu Beginn häufig auf dem Wege der Rechtsverordnung in die Steuerung eingreifen. Es hat aber ein Lernprozess stattgefunden, und heute ermöglicht die Selbstverwaltung einen nahezu reibungslosen Ablauf der DRG-Vergütung.

⁴¹ Das System der Investitionspauschalen wird allerdings aufgrund seiner politischen Brisanz nicht alleine von der Selbstverwaltung entwickelt werden, sondern es wird durch eine Bund-Länder-Kommission politisch flankiert.

Die Zentralisierung der Steuerung geht einher mit einer Machtausweitung des BMG. Durch die zunehmende Aufgabenübertragung auf die Selbstverwaltung der Bundesebene zum Beispiel, gewinnt das BMG weiter an Einfluss, denn während die Länderministerien für die Selbstverwaltung auf Landesebene zuständig sind, fällt die Zuständigkeit für die Selbstverwaltung auf Bundesebene dem BMG zu. Darüber hinaus findet mit der Festsetzung des zu finanzierenden Anteils des Orientierungswertes durch das BMG, unter dem Deckmantel der verbesserten Budgetierung, eine weitere „Selbstermächtigung“ des BMG statt (Wasem in: Ausschuss für Gesundheit 24.11.2008). Mit diesen Regelungen des KHRG konnte das BMG seine Kompetenzen auf dem Feld der Finanzierung weiter ausbauen. Dies ist insbesondere problematisch, weil sich damit die Zielhierarchie der Krankenhauspolitik verändert. Das BMG verfolgt, im Unterschied zu den Ländern, primär wirtschafts- und finanzpolitische Ziele und räumt de facto der Beitragssatzstabilität Vorrang vor der Bedarfsdeckung ein (Simon 2008a). Damit wird die Gefahr erhöht, dass zukünftig die bedarfsgerechte Versorgung der Lohnkostenpolitik zum Opfer fällt.

Trotz der breiten Diskussionen im Vorfeld erfolgt mit dem KHRG kein weiterer Ausbau des Wettbewerbs, was dem allgemeinen Entwicklungstrend der deutschen Gesundheitspolitik entgegengläuft. Eine Wettbewerbsexpansion wurde durch den Widerstand der Länder verhindert. Diese bekennen sich zwar zum Wettbewerb⁴², fühlen sich aber dem verfassungsmäßigen Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung stärker verpflichtet, welcher durch eine Ausweitung des Wettbewerbs gefährdet würde. Das angedachte System des selektiven Kontrahierens mit dem DRG-Preis als Höchstpreis würde die Handlungsmacht der Länder und auch der Landeskrankengesellschaften weiter einschränken. Eine Krankenhausplanung, die über eine Notfallplanung hinaus geht, wäre mit selektiven Verträgen nicht mehr möglich.⁴³ In einem Selektivvertragssystem verhandeln die einzelnen Krankenkassen mit den jeweiligen Krankenhäusern über die zu erbringenden Leistungen. Die Menge und Verteilung der Leistungen auf die einzelnen Krankenhäuser wird dabei über den Preis entschieden, was im Widerspruch zu einer staatlichen Angebotsplanung steht.

⁴² So nennt zum Beispiel das Konzept der AOK zur Zukunft der Krankenhausversorgung als grundsätzliches Ziel „die Steigerung des Wettbewerbs um die Qualität, die Effizienz und die Effektivität der Leistungserbringung“.

⁴³ Ganz abgesehen davon, dass ein solches System vielfältige Anreize sowohl auf Leistungserbringer- als auch auf Krankenkassenseite zur Patientenselektion bietet, und dass die damit einhergehende Aufkündigung des historischen Grundprinzips der GKV, die „gemeinsame und einheitliche“ Verhandlung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern, vermutlich starke Veränderungen der Krankenkassenlandschaft nach sich gezogen hätte.

Dies weist auf ein grundsätzliches Problem hin, welches seit Jahren besteht und sich mit zunehmendem Wettbewerb weiter verschärft. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung befindet sich in Händen der Länder, welche versuchen, diesem Auftrag durch die Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung nachzukommen. Diese Instrumente sind in einem zunehmend wettbewerblichen Umfeld aber immer weniger geeignet, diese Aufgabe zu erfüllen. Auf der einen Seite verringern die Länder selbst die Wirkkraft der Investitionsfinanzierung durch eine immer geringere Mittelbereitstellung. Auf der anderen Seite wird die Krankenhausplanung durch die im DRG-System angelegte Spezialisierung und die zunehmende Aufweichung der Sektorengrenzen herausgefordert. Die staatliche Planung greift ins Leere, wenn die Finanzierung des geplanten Angebots nicht garantiert wird. Die Länder halten aber an Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung fest, weil es gegenwärtig ihre einzigen Instrumente zur Sicherstellung der Versorgung sind.⁴⁴ Mit den Investitionspauschalen wurden die ersten Schritte zur Auflösung des Widerspruchs zwischen Investitionsfinanzierung und Wettbewerbssystem der DRGs unternommen, der grundlegende Widerspruch zwischen staatlicher Angebotsplanung und wettbewerblicher Allokation konnte aber auch diesmal nicht gelöst werden. Hierzu bedarf es neuer Instrumente, die die Handlungsmacht der Länder wieder stärken.

Dass die Weiterführung des DRG-Systems zu keiner Zeit in Frage gestellt wurde ist nicht verwunderlich. Die Einführung des DRG-Systems zielte auf eine radikale Veränderung des Steuerungssystems der Krankenhausvergütung ab und hat diese auch erreicht. Die DRG-Vergütung ist darauf ausgelegt, das Verhalten der beteiligten Akteure durch systemimmanente Anreize so zu lenken, dass diese sich gemäß dem Ziel der Ausgabenreduzierung verhalten. Die vorliegenden Studien⁴⁵ über die Auswirkungen der DRGs zeigen, dass dies gelungen ist, und ökonomische Handlungsrationale im Alltagshandeln der Akteure eine immer wichtigere Rolle spielen.

⁴⁴ Daneben existiert noch das Instrument der Sicherstellungszuschläge. Diese wurden mit dem Fallpauschalengesetz eingeführt und sollen in den Pflegesatzverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern vereinbart werden. Bisher wurde von dieser Möglichkeit jedoch kaum Gebrauch gemacht, weil die Krankenkassen ihnen gegenüber eine sehr rigide Haltung haben und die Krankenhäuser dagegen nicht den Rechtsweg beschreiten wollen. (Rudolf Kösters in: Ausschuss für Gesundheit 18.06.2008: 6) Die Länder können nur per Rechtsverordnung festlegen, unter welchen Bedingungen Sicherstellungszuschläge zu zahlen sind und im Streitfall entscheiden, ob die Zuschläge zu zahlen sind (§17b Abs. 1 KHG; § 5 KHEntG).

⁴⁵ Da die Selbstverwaltung ihrer gesetzlichen Pflicht zur Begleitforschung bis heute nicht nachgekommen ist, liegen insgesamt nur sehr wenig Studien über die Auswirkungen der DRG-Einführung vor. Zum Beispiel Buhr/Klinke 2006, Eiff et al.2007, Klinke/Müller 2008, Manzeschke/Pelz (o. J.):Vogd 2006, Manzeschke/Pelz (o. J.).

5. Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung

Mit Blick auf die Vergangenheit ist auch in Zukunft keine große Reform der Krankenhausfinanzierung zu erwarten, sondern eher ein weiterer gradueller Wandel mit den oben beschriebenen Zielrichtungen Zentralisierung der Steuerung, Ausbau des Wettbewerbs und partielle Aufwertung der Selbstverwaltung zur Ausgestaltung des Wettbewerbsrahmens.

Auch wenn es diesmal nicht gelungen ist, den Wettbewerb weiter auszubauen, gehe ich davon aus, dass es künftig weitere Versuche geben wird, den Wettbewerb im Krankenhaussektor auszuweiten, denn sowohl BMG als auch Krankenkassen haben daran ein starkes Interesse. Auch wird der forcierte Krankenkassenwettbewerb den Druck zum Ausbau des Wettbewerbs in den Leistungssektoren noch weiter erhöhen. Zurzeit stehen den Krankenkassen nur wenige Instrumente zur Verfügung, mit denen sie den Wettbewerb austragen können. Das selektive Kontrahieren böte ihnen die Möglichkeit, sowohl ihr Angebot als auch die Kostenseite zu differenzieren und darüber in den Wettbewerb zu treten. Inwieweit sich diese Strategie durchsetzen lässt, hängt sehr stark von den Ländern ab. Diesen obliegt weiterhin die Sicherstellung der Krankenhausversorgung, und sie haben deshalb ein Interesse daran, die Versorgung nicht durch mehr Wettbewerb zu gefährden.

Die Rolle der Länder hat sich in der Vergangenheit jedoch zumeist darauf beschränkt, ihre Vetomacht auszuspielen. Dadurch ist es ihnen bis jetzt zwar gelungen, den Wettbewerb einzugrenzen und den Status quo bei der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung zu erhalten, diese Politik wird aber in Zukunft nicht mehr genügen, um die Sicherstellung der Versorgung zu garantieren. Wie oben beschrieben, geraten die alten Instrumente in immer stärkeren Widerspruch zum wettbewerblich organisierten Vergütungssystem. Darüber hinaus schwächen Entwicklungen wie die Aufweichung der Sektorengrenzen, die zunehmende Privatisierung oder die zunehmende Bedeutung des Wettbewerbsrechts im Krankenhaussektor die Handlungsmacht der Länder (Böhm 2009). Durch die unzureichende Mittelbereitstellung für die Investitionsfinanzierung untergraben die Länder aber auch selbst die Wirkkraft ihrer Instrumente. Die Sicherstellung der Versorgung durch die Länder wird zukünftig nur möglich sein, wenn diese mehr Handlungsmacht erhalten. Hierfür reicht eine rein reaktive Politik jedoch nicht aus, sondern die Länder müssen aktiv gestaltend in die Politik eingreifen und mehr Handlungsmacht einfordern.⁴⁶

⁴⁶ Zum Beispiel wäre hier eine Übertragung der Sicherstellungszuschläge in die Hände der Länder denkbar.

Die Selbstverwaltung spielt gegenwärtig eine sehr wichtige Rolle in der Steuerung des Krankenhausesektors. Allerdings verändert sich diese Rolle zunehmend. Die Aufgabe der Selbstverwaltung ist es immer mehr, die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb zu schaffen. Da davon auszugehen ist, dass der Wettbewerb in Zukunft noch weiter ausgebaut werden wird, ist nicht mit einem Bedeutungsverlust der Selbstverwaltung zu rechnen. Ein verstärkter Wettbewerb benötigt eine verstärkte Kontrolle und Regulierung, und diese kann in einem solch komplexen Handlungsfeld wie dem Krankenhaussektor am besten durch die Selbstverwaltung ausgeübt werden.

Die gutgemeinte Finanzspritze des KHRG wird den Krankenhäusern zwar kurzfristig in ihrer Finanznot helfen, langfristig wird sie jedoch keine Wirkung zeigen, weil die Ursachen der Unterfinanzierung nicht beseitigt wurden und die Deckelung nicht aufgehoben wurde. Im Anbetracht der Wirtschaftskrise ist sogar eher noch mit einer Verschärfung der Finanzsituation der Krankenhäuser zu rechnen. Zunächst erhalten die Krankenhäuser durch das Konjunkturpaket zwar zusätzliche Investitionsmittel, gleichzeitig werden sich aber die Einnahmen der Krankenversicherung verringern, was einen verstärkten Druck auf die Ausgaben zur Folge haben dürfte. Eine weniger rigide Deckelung oder gar deren Aufhebung sind vor diesem Hintergrund nicht zu erwarten. Zu befürchten sind vielmehr weitere Kostensparmaßnahmen und Rationalisierungsversuche. Aber auch diese werden das Problem nicht lösen können, denn dessen Ursache liegt nicht auf der Ausgaben-, sondern auf der Einnahmeseite.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
BBFW	Bundesbasisfallwert
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	diagnosis related groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
FN	Fußnote
GG	Grundgesetz
ggü.	gegenüber
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
IfÖ	Institut für Gesundheitsökonomie
InEK	Institut für das Entgelt im Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2008
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
LBFW	Landesbasisfallwert
PKV	Private Krankenversicherung
Tab.	Tabelle

Literatur

- AOLG (16. 11.2007): Zukunft der Krankenhausversorgung. Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen.
- Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG (25.07.2007): Zukunft der Krankenhausversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG. Anlage 1 zum Konzept der AOLG zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen.
- Augurzky, Boris; Schmidt, Christoph M.; Christoph Schwierz (2008): Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. Abschlussbericht. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Essen. (RWI : Projektberichte).
- Ausschuss für Gesundheit (24.11.2008): Wortprotokoll. 100. Sitzung. Berlin, Nr. Protokoll Nr. 16/100.
- Ausschuss für Gesundheit (18.06.2008): Wortprotokoll. 88. Sitzung. Berlin, Nr. Protokoll Nr. 16/88.
- Böhm, Katharina (2008): Politische Steuerung des Gesundheitswesens. Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhaussektor. Frankfurt am Main: Johann Wolfgang Goethe- Univ.. Institut für Medizinische Soziologie (Diskussionspapier, 1/2008).
- Böhm Katharina (2009): Hospital Financing Between Market and Plan, in: Böckmann R, Gerlinger, T. (Eds.), Health Policy (German Policy Studies, Special Issue) (i. E.).
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian (2006): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen. Bremen. (ZeS-Arbeitspapier, 6).
- BMG (27.06.2008): Entwurf zu Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/080627_Entwurf_Eckpunkte_KH_1531.pdf, zuletzt geprüft am 12.8.2009.
- BMG (22.08.2008): Referentenentwurf für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Bundesministerium für Gesundheit.
- DKG (2008a): Krankenhausfinanzierung: Die Parteien positionieren sich. In: das Krankenhaus, H. 6, S. 561–572.
- DKG (2008b): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Online verfügbar unter http://www.dkgev.de/media/file/4507.Anlage_Bestandsaufnahme_KH-Planung_neu_060608.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2009.
- DKG (2008c): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Online verfügbar unter www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/100/stllg/DKG.pdf, zuletzt geprüft am 02.12.2008.
- Döhler, Marian; Manow-Borgwardt, Philip (1992): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis, H. 3, S. 64–106.
- Eiff, Wilfried von (et. al.) (2007): Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (REDIA-Studie): Auswirkungen der DRG-Einführung im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation. In: Die Rehabilitation, Jg. 46, S. 74–81.
- Gerlinger, Thomas (2009): Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik, in: Willems U, von Winter T, Rehder B (Hrsg.), Interessenvermittlung in Politikfeldern im Wandel.

- Befunde aus Verbände- und Policyforschung zur Bundesrepublik Deutschland und in vergleichender Sicht, Wiesbaden. S. 33 – 51.
- Gerlinger, Thomas; Rosenbrock, Rolf (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern [u.a.]: Huber.
- GMK (2007): Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz, (Umlaufbeschluss Dezember 2007): Zukunft der Krankenhausversorgung - Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen. Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Online verfügbar unter http://www.gmkonline.de/_beschluesse/80-GMK_Umlaufbeschluss_Dez2007_ZukunftDerKrankenhausversorgung.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2009.
- GMK (2008): Beschluss der 81. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 3.7.2008,. Finanzielle Entlastung der Krankenhäuser. Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Ulm. Online verfügbar unter http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_81&id=81_11.01, zuletzt geprüft am 12.08.2009.
- Grether, Thomas (2008): Kliniken im Gerangel zwischen Bund und Ländern die Verlierer? In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 25, H. 4, S. 360–365.
- IfÖ (2008): Bundeseinheitlicher Basisfallwert für Krankenhausleistungen und seine Konsequenzen: ein falscher Weg aus ordnungspolitischer Sicht. Institut für Gesundheitsökonomik. München. Online verfügbar unter http://ifg-muenchen.com/Expertise_Einheitspreise_1909081.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2009.
- Klinke, Sebastian; Müller, Rolf (2008): Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte. Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen. (ZeS-Arbeitspapier, 4).
- Leber, Wulf-Dietrich; Reiner mann, Frank; Wolff, Johannes (06.11.2008): Divergente Basisfallwerte. Zur Ausgabenwirkung divergierender Landes- und Krankenhaus-Basisfallwerte am Ende der Konvergenzphase. GKV-Spitzenverband. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Divergente_BFW_06_11_2008_3465.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2009.
- Manzeschke, Arne; Pelz, Thomas (o. J.): Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschaliertem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozialetische Bewertung. Auszug aus dem Abschlussbericht. Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Online verfügbar unter http://www.ethik.uni-bayreuth.de/downloads/Abschlussbericht_Dia_Oeko_Auszuege.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2009.
- Rürup, Bert (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Unter Mitarbeit von Martin Albrecht, Christian Igel und Bertram Häussler. Berlin. Online verfügbar unter http://www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung_2008/e6471/infoboxContent6472/Expertise_Monistik_120308_ger.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2009.
- Simon, Michael (2008a): Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets. Eine kritische Bestandsaufnahme. Studie im Auftrag von ver.di. Berlin.
- Simon, Michael (2008b): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Vorgelegt zur öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 24.11.2008. Bundestag - Ausschuss für Gesundheit. (Ausschussdrucksache, 14(14)0447(5)). Online verfügbar unter <http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/100/stllg/Simon.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2009.
- Visarius, Jutta; Lehr, Andreas (2009): Krankenhauspolitische Chronik. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernd Peter; Schellschmidt, Henner; Beivers, Andreas (Hg.): Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer, S. 203–226.

- Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure. Bern: Huber.
- Winterer, Arndt (2009): Neue Wege der Krankenhausfinanzierung - leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt Peter; Schellschmidt, Henner; Beivers, Andreas (Hg.): Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer, S. 143–154.

In der Reihe

Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- | | | |
|----------|--|-----------------------|
| 2005 - 1 | Rolf Schmucker: Die deutsche Arzneimittelzulassung im europäischen Wettbewerb | Schutzgebühr 1,50 EUR |
| 2006 - 1 | Kai Mosebach: Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik | Schutzgebühr 2,50 EUR |
| 2007 - 1 | Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker: Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik : Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen | Schutzgebühr 1,50 EUR |
| 2007 - 2 | Thomas Gerlinger: Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik | Schutzgebühr 2,00 EUR |
| 2008 - 1 | Katharina Böhm: Politische Steuerung des Gesundheitswesens: Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhaussektor | Schutzgebühr 5,00 EUR |
| 2008 - 2 | Rolf Schmucker: Solidarität in der europäisierten Gesundheitspolitik?: Zum Verhältnis von Wettbewerb und Solidarität im europäischen Binnenmarktprojekt | Schutzgebühr 2,00 EUR |
| 2008 - 3 | Rolf Schmucker: The Impact of European Integration on the German System of Pharmaceutical Product Authorization | Schutzgebühr 2,00 EUR |
| 2009 - 1 | Katharina Böhm: Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz: Ein weiterer Schritt auf dem Reformweg der Krankenhausfinanzierung | Schutzgebühr 2,00 EUR |

Die Diskussionspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Medizinische Soziologie

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.

Tel.: (0 69) 6301-76 10 / Fax: (0 69) 63 01-66 21