

Hartmut Reiners
Friedbergstraße 45
14057 Berlin
hartmut-reiners@t-online.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0166(1)
gel. ESV zur öAnhörung am 13.04.
16_Krankenhausfinanzierung
07.04.2016

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren“ (BT-Drucksache 18/6326)

Die Krankenhäuser haben strukturelle Probleme, die aus einer Mischung von Überkapazitäten und Versorgungslücken bestehen und auf überholten Strukturen unseres Gesundheitswesens beruhen. Wesentliches Hindernis für eine Modernisierung der Krankenhäuser ist die nach wie vor starre Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Länder haben zudem ihre Fördermittel für Krankenhäuser in den vergangenen 20 Jahren halbiert mit der Folge, dass die Krankenhausträger die Hälfte ihrer Investitionen aus Eigenmitteln finanzieren, vor allem aus den von den Krankenversicherungen gezahlten Vergütungen. Von einer dualen Finanzierung der stationären Versorgung kann kaum noch die Rede sein. Das erhöht den Kostendruck, der zu Lasten des Krankenhauspersonals geht, insbesondere der Pflegekräfte. Viele Krankenhäuser können ihren Investitionsbedarf nicht aus eigener Kraft bewältigen. Der Anfang dieses Jahres eingerichtete Krankenhausstrukturfonds ist ein Schritt in die richtige Richtung, wird aber ohne die Beseitigung der Schranken zwischen von ambulanter und stationärer Versorgung das Ziel einer Modernisierung der Versorgungseinrichtungen verfehlen. Eine Reform der Krankenhausfinanzierung muss im Zusammenhang mit einer Neugestaltung der Bedarfsplanung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung insgesamt stehen.

Zu den einzelnen Forderungen der Fraktion DIE LINKE nehme ich wie folgt Stellung:

Zu Punkt 1:

Die Forderung nach einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung entspricht einer Entschließung der 83. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (TOP 5.1) vom 01. Juli 2010. Eine effektive Umsetzung dieser Forderung ist nur mit einem integrierten Sicherstellungsauftrag für die ambulante und stationäre Versorgung möglich. Die Zusammenarbeit von Ländern und Selbstverwaltungsorganen muss entsprechend neu gestaltet werden.

Zu Punkt 2:

Die Forderung nach Abschaffung der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG) und einer Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip ist eher Nostalgie als eine sachgerechte Perspektive. Die DRGs lösten eine Vergütungsordnung für die stationäre Behandlung ab, die auf tagesgleichen Pflegesätzen und dem Selbstkostendeckungsprinzip beruhte. Sie bot starke Anreize zur medizinisch nicht indizierten Verlängerung der Verweildauer, auch „Prinzip der warmen Betten“ genannt, gab den Krankenhäusern einen Anspruch auf die Erstattung der wie auch immer entstandenen Betriebskosten und hatte so keine effektiven Anreize zur wirtschaftlichen Verwendung der Ressourcen. Deshalb wurde 1985 die retrospektive Kostenerstattung durch eine prospektive Kalkulation ersetzt, die aber immer noch die individuellen Kosten eines Krankenhauses zur Grundlage von Pflegesätzen machte und nicht Norm- bzw. Durchschnittskosten. Das 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz führte abteilungsbezogene Pflegesätze ein und kündigte deren schrittweise Überfüh-

rung in ein Fallpauschalensystem an. Diese wurde im GKV-Reformgesetz 2000 endgültig auf den Weg gebracht. An den Kalkulationsprinzipien der DRGs als Normkosten für definierte Behandlungen würde man auch festhalten müssen, wenn man dem Vorschlag der Fraktion DIE LINKE folgt, die „Selbstkosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses“ zu erstatten. Auch die müssten ebenso wie Budgetvereinbarungen auf transparenten Kostenkalkulationen für unterschiedliche Behandlungsfälle beruhen. Alles andere würde auf die illusionäre Vorstellung vom Krankenhaus als einer quasi ökonomiefreien Zone hinauslaufen.

Das perfekte Vergütungssystem im Gesundheitswesen gibt es nicht. Auch die DRGs haben potenzielle Fehlanreize. Die Begleituntersuchungen zur DRG-Einführung nennen vor allem die Neigung zum „Upcoding“, d.h. zur Zuordnung von Fällen zu möglichst lukrativen DRGs, und eine Vermehrung der Fallzahlen. Diese Tendenzen kann man mit gezieltem Controlling in Grenzen halten. Das eigentliche Problem liegt in den Auswirkungen der DRGs auf die Struktur der stationären Versorgung. DRGs sind administrierte Preise, die fallbezogene Durchschnittskosten abbilden. Sie fördern die Spezialisierung von Krankenhäusern und belohnen hohe Fallzahlen. So können Fälle mit einer Unterdeckung der Kosten durch Fälle mit einer Überdeckung kompensiert und Fixkosten gesenkt werden. Kleine Krankenhäuser, die diese Möglichkeiten nicht haben, drohen auf der Strecke zu bleiben, während vor allem größere Krankenhausträger und Kliniken mit einer ausgeprägten Spezialisierung davon profitieren. Das ist in Ballungszentren kein Problem, sehr wohl aber in dünner besiedelten Regionen. Nicht die DRGs an sich sind das Problem, sondern die Versorgungsstrukturen mit einer nach wie vor strikten Trennung in ambulante und stationäre Versorgung und einem intransparenten Vergütungssystem für ambulante Leistungen von Krankenhäusern. Das hat u. a. der neue Krankenhausreport des Wissenschaftlichen Instituts der AOK belegt. Das heißt nicht, dass die DRGs so bleiben sollten wie sie sind. Sie haben vor allem bei der Berücksichtigung der Pflegezeiten und des Einsatzes von Pflegepersonal Reformbedarf.

Zu Punkt 3:

Die Personalbemessung in der Pflege bedarf einer gesetzlichen Regelung. Gesundheitsökonominnen der Universität Duisburg Essen haben für die Gestaltung und Finanzierung einer angemessenen pflegerischen Versorgung praktikable Vorschläge gemacht. Sie machen zugleich deutlich, dass eine solche Regelung mit einer Verbesserung der Attraktivität von Pflegeberufen verbunden sein sollte.

(<https://www.wiwi.uni-due.de/forschung/publikationen/ibes-diskussionsbeitraege/>)

Zu Punkt 4:

Worin der Vorteil einer gesetzlichen Verankerung von Bundeszuschüssen in Höhe von 50 Prozent der Kosten zur Behebung des Investitionsstaus in der Krankenhausfinanzierung liegen soll, erschließt sich mir nicht. Sinnvoller wäre es, den Investitionsbedarf in der Infrastruktur insgesamt, für den die Länder und Kommunen verantwortlich sind, in der Verteilung der Steuermittel zwischen Bund und Ländern stärker zu berücksichtigen. Außerdem lassen sich Investitionen im Gesundheitswesen auch über öffentliche Kreditinstitute finanzieren. Mit deren Hilfe hat in Brandenburg die Landesregierung die früheren Polikliniken in wirtschaftlich arbeitende Gesundheitszentren ohne nennenswerte Steuermittel umgebaut. Investitionen in die medizinische Versorgung rechnen sich und bedürfen staatlicher Subventionen allenfalls als Anschubfinanzierung.