



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0166(3)

gel. VB zur öAnhörung am 13.04.

16_Krankenhausfinanzierung

07.04.2016

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 07.04.2016

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und
bedarfsgerecht finanzieren“
Bundestagsdrucksache 18/6326
vom 13.10.2015**

GKV–Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288–0

Fax 030 206288–88

politik@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE	3
1. Krankenhausplanung	3
2. DRG-System.....	4
3. Personalbemessung.....	6
4. Anschubfinanzierung des Bundes bei Investitionen	7
II. Gesamtbewertung des Antrages.....	8

I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

Der vorliegende Antrag kritisiert die bestehenden Ordnungsprinzipien in der stationären Versorgung und fordert eine Neuausrichtung mit einer veränderten staatlichen Planung, eine Abschaffung der DRG-Fallpauschalen, eine umfassende Personalbemessung sowie eine Bundesfinanzierung des Investitionsstaus.

Auch der GKV-Spitzenverband sieht insbesondere die existierende Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung kritisch. Nach seiner Einschätzung gehen jedoch wesentliche Forderungen der Fraktion DIE LINKE in die falsche Richtung. Im Folgenden werden die vier wesentlichen Kernforderungen kommentiert.

1. Krankenhausplanung

Die deutsche Krankenhausplanung bedarf in der Tat einer Überarbeitung. Die Grundprinzipien der deutschen Krankenhausplanung sind inzwischen 40 Jahre alt. Während das Vergütungssystem durch die DRG-Einführung leistungsorientiert und dynamisch modernisiert wurde, ist die strukturkonservierende Kapazitätsplanung der Länder überholungsbedürftig. Es ist in den vergangenen Jahrzehnten nicht gelungen, einen längst überfälligen Abbau von stationären Überkapazitäten einzuleiten. Es geht bei der Strukturbereinigung nicht um das kleine Haus auf dem Lande – in Deutschland gibt es vor allem in Ballungsräumen zu viele Krankenhäuser. Vergleicht man die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen mit den Niederlanden (ähnliche Fläche und Einwohnerzahl), dann zeigt sich eine diskussionswürdige Differenz: Die Niederlande haben etwas über hundert Krankenhäuser, Nordrhein-Westfalen rund 400. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Planungsbehörden der Länder die notwendige Bereinigung vornehmen.

Vor diesem Hintergrund ist der in dem Antrag angedachte Übergang zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung momentan auch noch nicht realisierbar, da weder die stationäre noch die ambulante Bedarfsplanung adäquat funktioniert.

Da die Länder in der Regel nur die positiven Versorgungs- und Arbeitsmarkteffekte stationärer Kapazitäten ins Kalkül ziehen, die Finanzierungsfolgen aber systematisch ignorieren, entsteht eine verantwortungslose Planung von Überkapazitäten. Die in dem Antrag erörterte Idee von einer der Krankenhausplanung nachgelagerten Gesundheitskonferenz würde aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu keinem vernünftigen Ergebnis führen, da auch hier das Missverhältnis von Planung und Kostentragung existiert. Sofern auch in Zukunft die Übergabe der Planungsverant-

wortung an die Kostenträger (Krankenkassen) oder den Bund abgelehnt wird, muss die Planung durch wettbewerbliche Steuerungsmechanismen und durch Maßnahmen zur Strukturbereinigung grundlegend modifiziert werden. Das Ausscheiden von nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern muss erleichtert werden.

Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ab 2016 eingeführte Strukturfonds ist vor diesem Hintergrund ein Schritt in die richtige Richtung. Ziel des Strukturfonds ist es, den Kapazitätsabbau, insbesondere in den überversorgten urbanen Regionen zu unterstützen und die Umwandlung von akutstationären in alternative Versorgungsangebote zu fördern, sowie notwendige Konzentrationsprozesse einzuleiten. Ziel muss es sein, die vorhandenen Ressourcen an weniger Standorten zu bündeln. Dabei sollten ambulante und stationäre Kapazitäten im Kontext und nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. Leider wurden diese Zielsetzungen durch eine Erweiterung der Förderzwecke verwässert. Hier ist beispielsweise die Umwandlung von nicht mehr erforderlichen Fachabteilungen in andere Fachabteilungen zu nennen. Dadurch besteht die Gefahr eines komplementären Kapazitätsaufbaus und eines Missbrauchs der Mittel aus dem Strukturfonds als Ersatz für unterlassene Investitionsförderungen durch die Länder. Ein weiterer wesentlicher und nicht zu akzeptierender Ausgestaltungsmangel ist, dass die PKV sich nicht zwingend an dem Strukturfonds beteiligen muss.

Dennoch kann der Strukturfonds als Teil eines Paradigmenwechsels in der deutschen Krankenhausplanung und -finanzierung angesehen werden: Erstmals werden Überkapazitäten thematisiert und auch aktiv angegangen. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die durch das KHSG eingeführten Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Krankenhausplanung. Der G-BA erhält durch das KHSG Aufgaben im Bereich einer qualitäts- und erreichbarkeitsorientierten Krankenhausplanung. So beschließt der G-BA u. a. erstmals bis zum 31.12.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. Hier zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab, der auf die Formel verkürzt werden kann: „von der Landesplanung zur Marktregulierung“. Die bislang landesplanerische Entscheidung über die Notwendigkeit eines Krankenhauses wird damit durch ein bundesweit gültiges Regelwerk ersetzt. Dies ist notwendig und überfällig.

2. DRG-System

Im Antrag DER LINKEN wird unter Punkt 2 gefordert, das DRG-System abzuschaffen und die Selbstkostendeckung wieder einzuführen. Fehlanreize sollen durch eine stärkere Planung wieder aufgefangen werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist der Vorschlag der Wiedereinführung einer Selbstkostendeckung aus vielerlei Gründen nicht zweckmäßig und zielführend. Der Antrag ignoriert die zentralen Gründe der DRG-Einführung (und der damit verbundenen Abschaffung der Selbstkostendeckung). Die Vergütung von Krankenhausleistungen wurde mit der DRG-Einführung von einer ungerechten und intransparenten Selbstkostenbasis auf eine empirisch ermittelte, gerechte und transparente Finanzierung umgestellt. Es wurden dadurch entscheidende Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit gesetzt und die Grundlage für eine sinnvolle Qualitätsmessung gelegt, die im Rahmen der Selbstkostendeckung nicht existierten.

Wesentliche Ziele der DRG-Einführung sind erreicht worden. Im Hinblick auf die Transparenz- und Wirtschaftlichkeitsziele weist das DRG-System eine hervorragende Bilanz aus. Statt hotelähnlicher Tagespauschalen als Abschlag auf ein selbstkostendeckendes Budget ist ein hoch differenziertes, leistungsorientiertes Vergütungssystem geschaffen worden, das auf Grundlage von empirisch ermittelten Kosten- und Leistungsstrukturen Krankenhausleistungen klassifiziert und vergütet. In diesem Kontext sanken auch die im internationalen Vergleich hohen Verweildauern. Es wurden so die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass „das Geld tatsächlich der Leistung folgt“. Bemerkenswert ist der Transparenzgewinn im Gefolge der differenzierten Vergütung. Man weiß heute, wo welche Leistungen erbracht werden und was diese kosten. Ferner schuf die detaillierte Erfassung von Diagnosen und Prozeduren die Grundvoraussetzung für eine aussagefähige Qualitätsmessung. Die Qualitätsberichte und die Krankenhausnavigatoren wären ohne das DRG-System nicht denkbar.

Leider wurden die Rahmenbedingungen nicht ausreichend reformiert, so dass es eine der zentralen Aufgaben einer Weiterentwicklung der DRG-basierten Vergütungssystematik ist, die Kapazitäten und das Leistungsniveau wieder an den Bedarf heranzuführen. Voraussetzung ist, dass, wie bereits unter Punkt 1 dargestellt, die Finanzierungsverantwortung und die Entscheidungskompetenz zusammengeführt werden und die Krankenkassen im Sinne der Versicherten mehr Einfluss auf die strukturelle Entwicklung der stationären Versorgung erhalten. Ausschreibungsmodelle sind im Sinne der Patienten, insbesondere in Ballungsräumen, ein vernünftiges Konzept, um die Versorgung auf qualitativ bessere Anbieter zu konzentrieren. Es bleibt abzuwarten, inwiefern die im KHSG angedachten Qualitätsverträge erste Impulse in diese Richtung geben können.

Freie Krankenhauswahl und Wettbewerb der Krankenhäuser gehören zusammen. Das DRG-System hat dabei durch Transparenz die Voraussetzung verbessert; allerdings verhinderten der Kontrahierungszwang und die mangelnde Qualitätsorientierung bisher das volle Ausschöpfen des Potenzials. Neben den Qualitätsverträgen hat das KHSG weitere Impulse zu einer qualitätsorientier-

ten Vergütung gegeben. Diese Impulse gehen grundsätzlich in die richtige Richtung. Darüber hinaus sollte den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt werden, qualitativ unzureichende Leistungen nicht mehr mit dem Krankenhaus vereinbaren zu müssen.

Es bleibt festzuhalten: Jedes Vergütungssystem hat positive und negative Anreizwirkungen. Es gilt nun, die Fehlanreize des DRG-Systems, z. B. durch ergänzende Qualitätssicherungssysteme, aufzufangen.

3. Personalbemessung

Neben Arzneimittelprüfungen, technischen Anforderungen und prozeduralen Vorgaben kommt dem Personaleinsatz im Krankenhaus eine fundamentale Rolle bei der Qualitätssicherung zu. Grundsätzlich liegt die für eine adäquate Patientenversorgung notwendige Personalausstattung in der Verantwortung der Leistungserbringer. Es gibt aber auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes einen Bedarf an zusätzlichen externen Vorgaben zum Personaleinsatz insbesondere dort, wo eine Unterschreitung qualitätskritisch und die Patientensicherheit gefährdet ist. Eine gemäß dem Antrag einzuführende flächendeckende verbindliche Personalbemessung über ganze Krankenhäuser hinweg ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes hingegen nicht zielführend.

Sollte es aber in spezifischen Leistungsbereichen zu Fehlentwicklungen kommen, müssen diese durch gezielte Maßnahmen umgehend korrigiert werden. Spezifische Mindestanforderungen an das Personal können dabei sowohl vom G-BA als auch in den Prozedurenkodes definiert werden. In jedem Fall muss die Umsetzung und die Einhaltung der jeweiligen Vorgaben durch die Krankenhäuser nachgewiesen und in den Qualitätsberichten transparent gemacht werden.

In einigen Bereichen ist die Personalausstattung qualitätskritisch. So hat bspw. der G-BA festgestellt, dass Frühgeborene in vielen deutschen Krankenhäusern abweichend von nationalen und internationalen Empfehlungen nicht in ausreichendem Maße pflegerisch versorgt werden. Um diesem Problem zu begegnen, hat er Anforderungen an die Personalausstattung in einer Richtlinie verbindlich definiert. Weitere Mindestvorgaben im Hinblick auf das Personal finden sich in den Prozedurenkodes etwa zur neurologischen Behandlung von Menschen mit einem akuten Schlaganfall oder für die aufwendige intensiv medizinische Behandlung. Eine allgemeine Vorgabe von Personalanzahlzahlen für sämtliche Krankenhausprozesse und damit auch für die Krankenhäuser insgesamt wäre hingegen nicht hilfreich. Um Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren zu können, braucht das Krankenhausmanagement Gestaltungsräume.

Es wird künftig eine der bedeutsamer werdenden Aufgaben der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung sein, qualitätskritische Bereiche zu identifizieren und sinnvolle Vorschriften zur Sicherung der Personalstandards zu formulieren.

4. Anschubfinanzierung des Bundes bei Investitionen

Es ist richtig, dass die Länder ihrer wichtigsten Aufgabe, der Investitionsfinanzierung, nicht mehr nachkommen. Die Investitionsfinanzierung erfolgt schon jetzt überwiegend aus den Beitragsmitteln der Versicherten. Der Finanzierungsanteil der Länder an den Krankenhausaussgaben insgesamt ist von ursprünglich 20 % auf unter 4 % zurückgegangen. Mit dem zunehmenden faktischen Übergang der Finanzierungslast auf die Krankenkassen ist bislang kein Übergang von Steuerungsfunktionen verbunden. Deshalb ist es dringend erforderlich, den bislang bestehenden unbeschränkten Kontrahierungszwang und grundsätzliche krankenhauserplanerische Entscheidungen neu zu regeln.

Die Krankenhausreform hat zu diesem grundsätzlichen Problem keine Lösungsansätze gebracht. Als Folge werden weiter in großem Umfang Betriebsmittel, die von der GKV finanziert werden, für Investitionen gesetzeswidrig zweckentfremdet. Die Quersubventionierung ist sicherlich ein Grund dafür, dass die Krankenhausaussgaben der GKV in den vergangenen Jahren so stark gestiegen sind. Diese entscheidende Frage der unzureichenden Investitionen der Bundesländer wurde auch im Rahmen des KHSG nicht gelöst.

Die in dem Antrag aufgegriffene Idee der 50%igen Anschubfinanzierung des Bundes ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht die richtige Antwort auf das Investitionsproblem. Ob nun Steuermittel aus dem Bundestopf oder dem Landestopf genommen werden, ist nicht entscheidend. Vielmehr muss es eine Neuregelung der grundsätzlichen krankenhauserplanerischen Entscheidungen geben. Es kann nicht sein, dass es lediglich um die Suche nach Finanzierungsquellen für die Länder geht. Genau diese Gefahr einer Zweckentfremdung droht auch beim Strukturfonds, der mit dem KHSG eingeführt wurde und komplett aus Mitteln der GKV-Beitragszahler gefüllt ist. Dieser Griff in den Gesundheitsfonds darf nicht zur Regel werden.

Zudem ist das Wort „Investitionsstau“ mit Vorsicht zu genießen. Es gibt auch angeblich gestaute Investitionen, die im Rahmen einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung mit Blick auf die vorhandenen Überkapazitäten nicht mehr getätigt werden sollten.

II. Gesamtbewertung des Antrages

Die deutsche Krankenhausfinanzierung war Anfang der 90er Jahre u. a. geprägt durch Selbstkostendeckung, Intransparenz, fehlende Qualitätssicherung sowie misslungene Regelungen zur Personalbemessung. Erst eine Neuordnung des Vergütungssystems auf Basis der DRG-Fallpauschalen hat den Weg zu mehr Transparenz und Effizienz geebnet. Es gibt keinen Grund, das Rad wieder rückwärtsdrehen zu wollen. Stattdessen sollte vielmehr die mit dem DRG-System geschaffene Grundlage für eine sinnvolle Weiterentwicklung im Bereich der qualitätsorientierten Vergütung genutzt werden. Hierfür bieten die durch das KHSG geschaffenen gesetzlichen Regelungen eine gute Basis.

Es ist richtig, dass es einer Klärung der Thematik der Investitionsfinanzierung und der damit bisher einhergehenden Landesplanungskompetenzen bedarf. In diesem zentralen Punkt hat sich die Bund-Länder-Arbeitsgruppe bei der Abstimmung der Krankenhausreform nicht abschließend verständigen können. Dennoch ist der mit dem KHSG in diesem Bereich eingeschlagene Weg richtig, bislang landesplanerische Entscheidungen durch ein bundesweit gültiges Regelwerk zu ersetzen. Dieser Weg hin zu einer Marktregulierung muss konsequent fortgesetzt werden.