

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0166(8)  
gel. VB zur öAnhörung am 13.04.  
16\_KH-Finanzierung  
08.04.2016


**Stellungnahme  
des AOK-Bundesverbandes  
zur Öffentlichen Anhörung  
des Ausschusses für Gesundheit**

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE**

**„Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und  
bedarfsgerecht finanzieren“**

**BT-Drucksache 18/6326**

Stand 08.04.2016



AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin  
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299  
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE zielt auf die Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips ab. Danach sind die krankenhausindividuellen Kosten aller Plankrankenhäuser durch die Krankenkassen zu erstatten, zudem soll das DRG-System abgeschafft werden. Zukünftig ist der Betrieb von Krankenhäusern am Gemeinwohl auszurichten, wobei Gewinne und Kapitalrenditen auszuschließen sind. Zusätzlich ist eine verbindliche Personalbemessung für alle Krankenhäuser einzuführen sowie die mangelnde Investitionskostenfinanzierung durch die Länder, mit Hilfe einer 50% Anschubfinanzierung des Bundes, zu beheben. Ebenfalls ist eine sektorenübergreifende Krankenhausplanung durch die Länder zu gewährleisten.

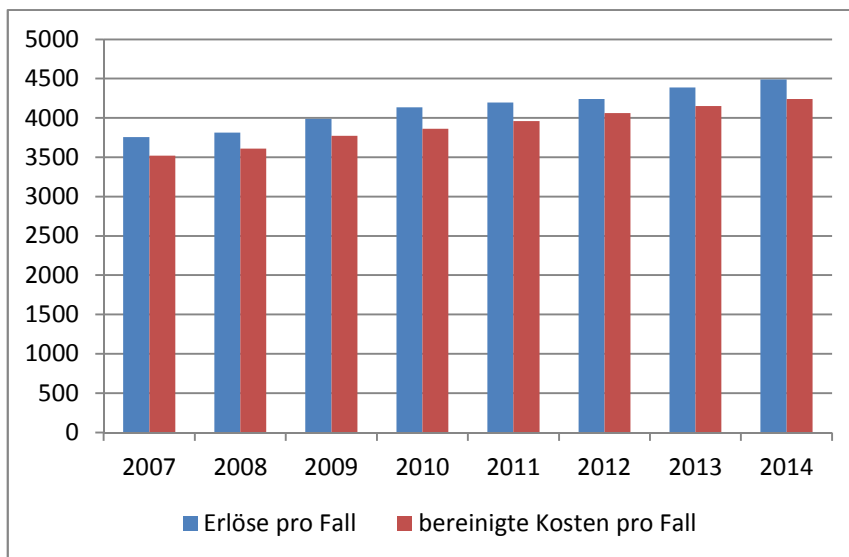
Insoweit ist der Antrag der Fraktion DIE LINKE ein Aufruf zu einem grundsätzlichen Politikwechsel, bezogen auf die Rolle und Funktion der Krankenhäuser. Diesem Politikwechsel liegt die Annahme zugrunde, dass Krankenhäuser aus sich selbst heraus und ohne Anreize, die Prinzipien von Qualität und Wirtschaftlichkeit umsetzen, wenn keine Konsequenzen erfolgen würden. Diese Annahme kann der AOK-Bundesverband nicht teilen, weil das Selbstkostendeckungsprinzip die entscheidende Grundlage von Intransparenz und Ineffizienz darstellt, wie auch ein Blick in die Vergangenheit aufzeigt.

Das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen bedarf zudem schon aus sozialpolitischen Erwägungen heraus der ständigen Prozessoptimierung – denn es sind schließlich die Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber, die der Finanzierung des Gesundheitswesens dienen. Eine ganz andere Frage ist das ausreichende Niveau einer Finanzierung der stationären Versorgung. Dabei sollten die Finanzentwicklungen in der dualen Krankenhausfinanzierung betrachtet und bewertet werden. Entscheidend ist dabei, ob das Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung bei effizientem Mitteleinsatz erreicht und der medizinische Fortschritt integriert wird.

Die immer wieder vorgebrachte Kritik am DRG-Fallpauschalensystem wird gleichgesetzt mit der angeblich zu beobachtenden Unterfinanzierung der Krankenhäuser. Ausschlaggebend für eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser ist jedoch nicht die Methode der Verteilung, sondern die Höhe aller zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und deren wirtschaftliche Verwendung. Bei der Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser, nur dies erfolgt über das DRG-Fallpauschalensystem, sind die Beitragseinnahmen der Krankenkassen der limitierende Faktor.

Die Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips würde ausschließlich dazu dienen, mehr Geld zur Verfügung zu stellen. Soll aber einfach nur mehr Geld den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden, dann bedarf es keines Wechsels der Verteilungsmethode. Denn eine vollständige Finanzierung der Krankenhäuser kann auch über ein monistisches DRG-Fallpauschalensystem erreicht werden. Die Wahl der Verteilungsmethode ist eine politische Entscheidung, ebenso wie die Höhe der zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel. Dass die Investitionskostenfinanzierung durch die Länder unzureichend ist und zu erheblichen infrastrukturellen Problemen führt, ist eine allgemein bekannte Tatsache. Hier wurde im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform ein weiteres Mal die Chance für eine nachhaltige Anpassung nicht genutzt.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE geht von der Vorstellung aus, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser nicht von den Krankenkassen gedeckt werden. Die nachfolgende Grafik zeigt eindeutig, dass die Erlöse pro Fall regelmäßig über denen der bereinigten Kosten liegen.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.2, Tabelle 3.1,  
Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Tabelle 1.1,  
Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3, Tabelle 7.2.1, verschiedenen Jahrgänge

Die Aussage der Fraktion DIE LINKE, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser nicht refinanziert werden, lässt sich somit nicht halten.

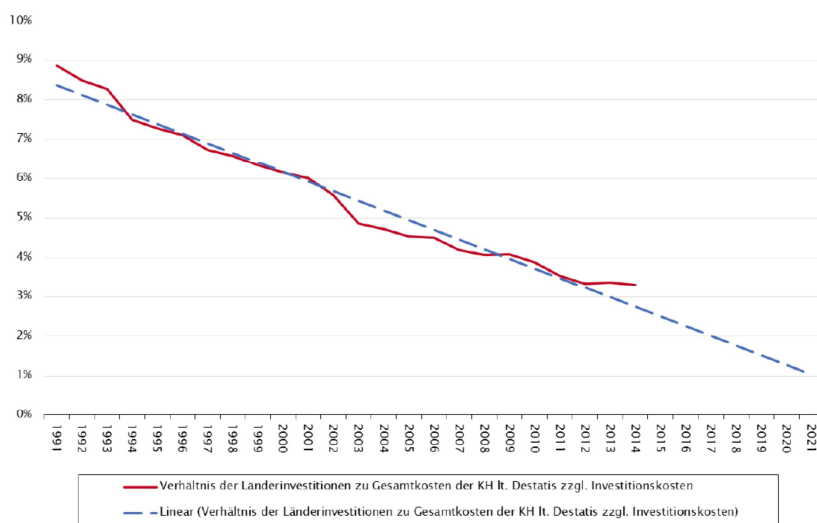
Das liegt vor allem daran, dass die Einnahmen und Erlöse der Krankenhäuser Jahr für Jahr um Milliarden von Euro steigen. Seit dem Jahr 2007 steigen die von den Krankenkassen zu leistenden Erlöse jährlich um ca. 2-3 Milliarden Euro auf aktuell 71,1 Milliarden Euro (2015). Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) werden, zusätzlich zu den weitererfolgenden Erlössteigerungen, den Krankenhäusern bis zum Jahr 2020 weitere 10 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt werden. Damit wird die Finanzsituation der Krankenhäuser mit Blick auf die Betriebskosten in den kommenden Jahren kontinuierlich verbessert. Dies wird jedoch Folgen für die Beitragssatzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach sich ziehen.



Quelle: [www.blickpunkt-klinik.de](http://www.blickpunkt-klinik.de)

Die Erlöse aus der Behandlung von GKV-Patienten sind im Übrigen nicht die einzigen Einnahmen der Krankenhäuser. Hinzu kommen ca. 7 Milliarden Euro pro Jahr durch die Behandlung von PKV-Patienten sowie jeweils eine Milliarde Euro von Unfallversicherung und durch ausländische Versicherte. Ebenfalls sind die Investitionszuschüsse der Länder von knapp 3 Milliarden Euro hier mit zu betrachten. Es kann somit von Gesamteinnahmen der Krankenhäuser von knapp 83 Milliarden Euro allein für das Jahr 2015 ausgegangen werden. Diese Einnahmen wären noch höher, wenn die Länder ihrer Zahlungsverpflichtungen bei den Krankenhausinvestitionen vollständig nachkämen. Vielmehr haben sich die Investitionsmittel der Länder in den letzten 25 Jahren mehr als halbiert. Geht diese Entwicklung so weiter, wird es Anfang des nächsten Jahrzehnts praktisch keine Krankenhausförderung durch die Länder mehr geben. Hier ist die Ursache der Unterfinanzierung von Krankenhäusern zu suchen.

### Rückläufige Investitionen der Bundesländer

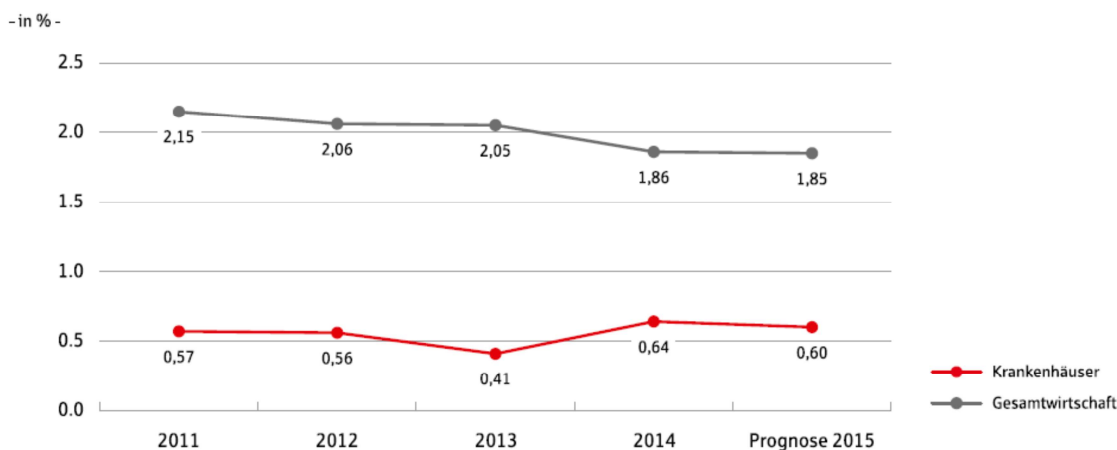


Quelle: GKV-Spitzenverband

Gäbe es tatsächlich eine erkennbare Unterfinanzierung der Krankenhäuser, dann müsste sich das auch in den Insolvenzrisiken der Krankenhäuser niederschlagen. Nach dem aktuellen Sparkassen-Branchenreport 2015 wird das Ausfallrisiko der Kran-

kenhäuser weiter sinken. Mit einem Creditreform-Risiko-Indikator (CRI) von 0,6 liegt dieses weit unter dem Ausfallrisiko der Gesamtwirtschaft von 1,85.

**Abbildung 7:**  
Entwicklung des Creditreform-Risiko-Indikators



Quelle: Sparkassen Branchen-Report Krankenhäuser 2015

Damit scheinen sowohl die Höhe der zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel wie auch der Verteilungsmechanismus keine Ursache für eine angenommene Unterfinanzierung der Krankenhäuser zu sein. Die dargestellte Situation führt trotz der mangelhaften Investitionsfinanzierung der Länder immer noch zu Gewinnen bei den Krankenhäusern. Entgegen der Annahme der Fraktion DIE LINKE erzielen dabei nicht nur private Krankenhausketten Gewinne, sondern auch eine deutliche Anzahl freigemeinnütziger und öffentlicher Träger sind in der Lage in einem DRG-System Gewinne zu erzielen.

Das DRG-Fallpauschalensystem birgt neben dem Vorzug einer leistungsgerechten Verteilung der Mittel einen weiteren Vorteil: Transparenz über das Leistungsgeschehen. Ohne das DRG-System ist eine Qualitätssicherung der Leistungserbringung zudem nicht möglich. Krankenhausnavigator, die Qualitätssicherung mit Routinedaten und Qualitätsberichte wären nicht darstellbar, da es keine sachgerechte Erfassung und Kodierung von Leistungen mehr gäbe. Die Patientensouveränität und damit der Patientennutzen sowie -schutz würden erheblich eingeschränkt. Hörensagen und „eminenzbasiertes“ Wissen wären die Folge.

Sollte es doch zu Defiziten bei dem Betrieb von Krankenhäusern kommen, hat dies in der Regel zwei Ursachen: Unwirtschaftliches Handeln in der Führung bzw. Aufsicht der Krankenhäuser und die mangelnde Investitionskostenfinanzierung der Länder. Hier wurde, wie zuvor schon erwähnt, die Möglichkeit, welche sich im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform bot, leider nicht genutzt. Die Länder wurden nicht in die notwendige Pflicht zur auskömmlichen Finanzierung genommen, behielten aber die volle Hoheit über die Krankenhausplanung. Hier liegt das eigentliche Problem, da die Länder jährlich drei Milliarden Euro zu wenig an Investitionszuschüssen leisten. In der Folge werden Betriebsmittel der Krankenkassen durch die Krankenhäuser zweckentfremdet und stehen somit der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung. Die duale Finanzierung hat lange Jahre funktioniert. Ob nun innerhalb des

bestehenden Vergütungssystem nachgesteuert wird und die Länder verbindlich verpflichtet werden, die Krankenhausinvestitionen zu zahlen oder ein Systemwechsel hin zur Monistik erfolgen soll, muss letztendlich der Gesetzgeber entscheiden. Eine Umstellung auf eine monistische Finanzierung muss mit dem Übergang des Sicherstellungsauftrags und des Rechts die Krankenhausplanung aktiv mitzugestalten auf die Krankenkassen verbunden sein. Auf keinen Fall darf durch die Monistik eine Mehrbelastung der Beitragszahler ohne die oben genannten Voraussetzungen erfolgen.

### **Fazit**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Verlassen des DRG-Vergütungssystems die Herausforderungen der Krankenhausfinanzierung und eines qualitätsorientierten Umbaus der Krankenhauslandschaft nicht voranbringen würde. Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden durch die Krankenkassen ausreichend finanziert – bei der Investitionskostenfinanzierung besteht nach wie vor erheblicher Handlungsbedarf. Die Transparenz und die ökonomischen Anreize des DRG-Vergütungssystems sind im Verbund mit verlässlichen und umfassenden Qualitätsindikatoren als wesentlicher Motor einer modernen Krankenhausinfrastruktur jedoch unverzichtbar. Mit Blick auf die Weiterentwicklung bei den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten muss ein Umbau der vollstationären Kapazitäten erfolgen. Hierbei können die Krankenhäuser auch stärker in ambulante Behandlungsformen einbezogen werden.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten zum Antrag der Fraktion DIE LINKE wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.