

## **Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE**

### **„Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren“ (18/6326)**

#### **A. Vorbemerkungen**

Durch die Einführung des DRG-Systems wurde in den Krankenhäusern ein Wechsel vom Selbstkostendeckungsprinzip hin zu Fallpauschalen und der wirtschaftlichen Eigenverantwortung von Kliniken vollzogen. Patienten können sich in diesem System frei für das für sie passende stationäre Versorgungsangebot und die für sie besten Qualität entscheiden. Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft müssen sich im Wettbewerb um eine gute medizinische Versorgung zu möglichst niedrigen Kosten behaupten. Durch die DRG-Begleitforschung ist belegt, dass wichtige Erwartungen an das DRG-System, wie eine bessere Qualität, kürzere Liegezeiten, mehr Transparenz aber auch mehr Wirtschaftlichkeit erfüllt wurden (vgl. Fürstenberg et al. G-DRG Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. *Endbericht des dritten Forschungszyklus*. Berlin 2013).

Kritisiert wird, dass das DRG-System zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung in allen Bereichen des Krankenhauses geführt hat. Es ist deshalb richtig, das DRG-System als lernendes System weiterzuentwickeln und nach Möglichkeiten zur besseren Abbildung von pflegerischer Versorgung, Notfallversorgung und nicht operativen Leistungen zu suchen. Die Grundprinzipien von Qualität, wirtschaftlicher Eigenverantwortung und Trägerpluralität sollten dabei nicht verlassen werden.

#### **Private Träger sind wichtiger Teil der Daseinsvorsorge**

Die Sorge, dass private Träger den Versorgungsauftrag nicht wahrnehmen ist unbegründet, das Gegenteil ist der Fall:

- Seit Anfang der neunziger Jahre hat sich die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft von 359 (1991) auf aktuell 695 (2014) erhöht. In annähernd gleichem Maße hat sich die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft reduziert. Krankenhäuser in privater Trägerschaft stellen die Versorgung der Patienten dort sicher, wo andere Krankenhausträger ihren Versorgungsauftrag wegen fehlendem wirtschaftlichen Erfolg nicht mehr wahrnehmen konnten.
- Fast alle privat geführten Krankenhäuser wurden in den vergangenen Jahrzehnten aus kommunaler Trägerschaft übernommen. Die Krankenhäuser waren in einer so

defizitären Lage, dass der öffentliche Träger sie nicht mehr weiterführen konnte und an einen anderen Betreiber verkauft hat. Deshalb stehen an diesen ursprünglich gefährdeten Standorten auch heute leistungsfähige Krankenhäuser für die Patientenversorgung zur Verfügung.

- Möglich ist dies, weil die privaten Klinikbetreiber zunächst die Organisation dergestalt verändert haben, dass anstatt von Verlusten Gewinne erzielt werden können. Jahr für Jahr reinvestieren private Klinikbetreiber den Großteil ihrer Gewinne in gute Medizin, moderne Infrastruktur (neue Medizintechnik und Gebäude) sowie in qualifiziertes Personal.
- Private Träger tragen durch den Betrieb jedes dritten Krankenhauses in Deutschland wesentlich zur Versorgung der Patienten mit stationären Krankenhausleistungen bei und sichern so die staatliche Daseinsvorsorge.

### **Mindestpersonalvorgaben und Leistungsfähigkeit**

Im Antrag wird die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser als Summe der Fachabteilungen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pflegern, sonstigem Personal sowie der technischen Ausstattung definiert. Wir haben Zweifel, ob diese Kennzahlen tatsächlich die Qualität und Leistungsfähigkeit ausdrücken können.

Die Messung der Leistungsfähigkeit von Kliniken sollte nicht auf Grundlage von vorgehaltenen Strukturen, sondern anhand der tatsächlich geleisteten Behandlungsqualität der Patienten erfolgen. Dazu haben gerade die privaten Krankenhausbetreiber mit der **Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem Krankenhausvergleichsportal Qualitätskliniken.de** wichtige Beiträge geleistet.

### **Internationale Vergleiche**

Der Antrag vergleicht die Arbeitsbelastung deutscher Pflegekräfte anhand der pro Pflegekraft versorgten Patienten mit der Situation in Norwegen und den Niederlanden. Folgt man dem Vergleich ist richtig, dass Pflegekräfte in Deutschland deutlich mehr Patienten versorgen als ihre Kolleginnen und Kollegen in den Niederlanden oder Norwegen.

Generell muss aber angemerkt werden, dass diese Kennzahl aufgrund von Unterschieden der Gesundheitssysteme in den Ländern (Zusammenwirken der Sektoren, Verantwortungsniveaus von Pflegekräften) sehr eingeschränkt international vergleichbar ist. Richtig ist auch, dass beispielsweise in den Niederlanden im Vergleich zu Deutschland weniger als halb so viele Patienten im Krankenhaus behandelt werden (D: 252 je 1.000 Einwohner zu NL: 119 je 1.000 Einwohner). Welche Auswirkungen hätte diese Tatsache auf die deutschen Krankenhauskennzahlen?

Diese Unterschiede in den Kennzahlen zwischen Deutschland, den Niederlanden und Norwegen sind nicht neu und bestanden bereits vor der Einführung des DRG-Systems. Sie können deshalb nicht auf die Einführung des DRG-Systems zurückgeführt werden.

## **B. Stellungnahme im Einzelnen**

### **1.) Krankenhausplanung**

Das Vorhaben die Krankenhausplanung stärker sektorenübergreifend auszurichten ist begrüßenswert. Inwieweit es realisierbar ist, hängt letztlich von der Schaffung entsprechender gesetzlicher Vorgaben ab. Im Ergebnis heißt das, dass sich die Krankenhausplanung an die Entwicklung der Versorgung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich anpassen muss.

Mit dem KHSG wurde der stärkere Einbezug von Qualität in die Krankenhausplanung festgelegt. Aktuell werden hierzu vom Qualitätsinstitut Indikatoren erarbeitet, die Länder in der Krankenhausplanung einsetzen können. Der BDPK begrüßt den stärkeren Qualitätsbezug. Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität eignen sich unserer Überzeugung nach allerdings nur bedingt für die Bewertung der Behandlungsqualität. Wo möglich, sollte auf die Ergebnisqualität fokussiert werden.

### **2.) Gemeinwohlorientierung und Gewinnorientierung**

Zwischen Medizin und Ökonomie besteht kein Widerspruch. Die Patienten und die Gesellschaft profitieren, wenn die knappen wirtschaftlichen Ressourcen im Gesundheitswesen sinnvoll und effizient eingesetzt werden. Durch das DRG-System wurde ein Wechsel zu wirtschaftlicher Eigenverantwortung der Kliniken vollzogen. Eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip halten wir nicht für sinnvoll. Neben hohen Kosten würden hierdurch Qualitätsanreize erstickt und die Leistungstransparenz gemindert.

Alle Krankenhäuser – kommunale ebenso wie kirchlich und private – müssen angesichts der seit Jahren nicht ausreichenden Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer einen erheblichen Teil der erforderlichen Investitionen selbst erwirtschaften. Alle Krankenhäuser sind also auf Gewinne angewiesen, um ihren Versorgungsauftrag überhaupt erfüllen zu können. Die Kliniken in privater Trägerschaft investieren den Großteil ihrer Gewinne wieder in gute Medizin, in moderne Technik und in neue Gebäude.

### **3.) Personalbemessung**

Eine bundesgesetzliche für sämtliche Krankenhäuser verbindliche Personalbemessung ist nicht zielführend. Der Bedarf an pflegerischem Personal lässt sich unserer Überzeugung nach nicht gesetzlich über alle Krankenhäuser definieren und ergibt sich unter anderem

aus den Versorgungsbedürfnissen der Patienten des einzelnen Hauses (Alter, Pflegebedarf, Gesundheitszustand) und den organisatorischen Gegebenheiten des Krankenhauses (Versorgungsauftrag laut Krankenhausplan, räumlich und technische Ausstattung und Qualifikation des gesamten Personal). Sie wären mit dem DRG-System auch nicht vereinbar, sondern bedeuteten eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungssystem.

#### **4.) Investitionsfinanzierung unter Beteiligung des Bundes**

Eine hochwertige Krankenhausversorgung erfordert beständige und hohe Investitionen in die Infrastruktur. Dennoch sinkt die auf Ländermitteln basierende Investitionsquote deutscher Krankenhäuser seit Jahren fortlaufend und beträgt gegenwärtig nur rund 5 Prozent, während die gesamtwirtschaftliche Investitionsquote bei 17 Prozent liegt. Insgesamt besteht im Krankenhausbereich eine Investitionskostenlücke in Höhe von mindestens 3 Mrd. EUR. Aus Sicht des BDPK ist es dringend erforderlich, dass neue Lösungen zur Schließung dieser Investitionslücke gefunden werden. Hierbei halten wir auch eine Beteiligung des Bundes für denkbar, wenn die Bundesländer ihrer Investitionsverpflichtung auch zukünftig nicht nachkommen.