



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0166(10)
gel. VB zur öAnhörung am 13.04.
16_KH-Finanzierung
11.04.2016

Stellungnahme

zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren

BT-Drucksache 18/6326

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 13. April 2016

8. April 2016

- Eine Abschaffung des DRG-Entgeltsystems und eine Rückkehr zu einem System der Selbstkostendeckung sind abzulehnen.
- Es sollte grundsätzlich der Organisations- und Entscheidungshoheit des Krankenhauses überlassen bleiben, wie der medizinisch erforderliche Personaleinsatz im Einzelnen organisiert wird. Eine verbindliche, bundesgesetzliche Personalbemessung ist abzulehnen.
- Eine bloße Anschubfinanzierung des Bundes würde nicht das derzeitige Grundproblem der unzureichenden Investitionskostenförderung der Krankenhäuser lösen.

Einleitung

Die Private Krankenversicherung (PKV) hat es begrüßt, dass die Krankenhausstrukturen mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) fortentwickelt wurden, um vor dem Hintergrund der demografischen, regionalen und medizinisch-technischen Veränderungen eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Die PKV hat v.a. die Verbesserungen im Bereich Qualität begrüßt und die Regelungen insgesamt als zielführend eingeschätzt. Im Fokus steht derzeit die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen, deren Wirkungen abzuwarten sind.

Zu Forderung 1

Die staatliche Krankenhausplanung hat unter anderem das Ziel, der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu dienen. Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses setzt voraus, dass es nachweislich gegenüber allen Patientinnen und Patienten qualitätsgesicherte Behandlungsleistungen erbringen kann. Hierfür wird der G-BA weitere Qualitätsindikatoren entwickeln und beschließen, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind. Es obliegt den Ländern, die Geltung der planungsrelevanten Indikatoren als Bestandteil der Krankenhausplanung sicherzustellen. Auch wenn § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG die Möglichkeit eines gänzlichen Ausschlusses planungsrelevanter Qualitätsindikatoren vorsieht, kann erwartet werden, dass die Länder planungsrelevante Qualitätsindikatoren des G-BA im Sinne des Patientenschutzes grundsätzlich akzeptieren werden, sofern keine Zweifel an Methodik und Justiziabilität der Indikatoren bestehen. Ausschlüsse bzw. Einschränkungen in Bezug auf die Vorgaben des G-BA sollten im Interesse einer transparenten Krankenhausplanung substantiiert begründet werden. Neben Aspekten der Strukturqualität sollten gleichermaßen auch Kriterien für eine Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt werden. Wichtig ist zudem, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden effektiv von der Möglichkeit der Nichtaufnahme in bzw. Herausnahme aus dem Krankenhausplan Gebrauch machen, wobei die in § 8 Abs. 1a und 1b KHG genannten unbestimmten Kriterien („nicht nur vorübergehend“, „in einem erheblichen Maß“) einer näheren Präzisierung bedürfen.

Zu Forderung 2

§ 1 Abs. 2 KHG schreibt eine Trägerpluralität vor. Die Untersagung eines auf Gewinnerzielung ausgerichteten Krankenhausbetriebs ist insbesondere im Hinblick auf private Klinikträger verfassungsrechtlich fragwürdig.

Eine Abschaffung des DRG-Entgeltsystems und eine Rückkehr zu einem System der Selbstkostendeckung sind abzulehnen. Ein auf Kostendeckung basierendes System setzt nachweislich Fehlanreize und leistet langen Verweildauern und unwirtschaftlicher Betriebsführung Vorschub. Das DRG-System hat sich insgesamt bewährt und insbesondere wichtige

Anreize zu Effizienzsteigerungen gegeben. Eine Qualitätsverschlechterung ist nicht eingetreten. Die Verkürzung der Verweildauern dürfte mehr dem medizinischen Fortschritt als dem DRG-System geschuldet sein. Eine zentrale Herausforderung in diesem System ist die Kontrolle der Mengensteuerung. Es bleibt abzuwarten, ob die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes eingeführten Maßnahmen – z.B. Zweitmeinungsverfahren, Bewertungsabsenkungen bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen, Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene – die erwünschte Wirkung zeigen werden.

Zu Forderung 3

Eine ausreichende Personalausstattung, insbesondere auch im Bereich der Pflegekräfte, ist integraler Bestandteil einer guten Patientenversorgung und trägt in vielen Facetten wesentlich zur Behandlung und Genesung der Patienten bei. Mängel in der pflegerischen Versorgung können ggf. die gesamte Versorgung der Patienten gefährden.

Die Forderung nach einer verbindlichen Personalbemessung wird allerdings der komplexen und vielschichtigen Situation bei der Gestaltung der Krankenversorgung in deutschen Kliniken nicht gerecht. Die Verfügung von Normzahlen, die bundesweit gültig sein und dazu direkte Auswirkungen auf die Vergütung haben sollen, ist keine sachgerechte Lösung. Mit welcher Personalbemessung ein Krankenhaus seine Aufgaben der Krankenversorgung erfüllt, hängt von vielen Faktoren ab und ist von Haus zu Haus sehr unterschiedlich.

Zur Verbesserung der Personalausstattung der Kliniken in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung wurde mit dem KHSG ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel dafür auf bis zu 660 Millionen Euro. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur personellen Entlastung der Pflegekräfte. Eine Expertenkommission soll bis 2017 prüfen, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden. Die Ergebnisse der Kommission sind abzuwarten.

Langfristig sollte eine sachgerechte Abbildung sowohl des allgemeinen als auch des erhöhten Pflegebedarfs (z.B. von an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten) im DRG-System angestrebt werden, um damit das DRG-System insgesamt zielgenauer zu machen und zu stärken.

Zu Forderung 4

Bereits im Zusammenhang mit der Beratung des KHSG hat der PKV-Verband kritisiert, dass die Länder keine Verpflichtung eingegangen sind, die seit vielen Jahren bestehende Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Bereich der Investitionskostenförderung, die sich auch auf die Qualität der Krankenhausversorgung auswirkt, zu beseitigen oder zu verringern. Schon

jetzt weist die öffentliche Investitionskostenförderung eine jährliche Unterfinanzierung von ca. 3 Milliarden Euro jährlich auf. Würde diese Unterfinanzierung fortgesetzt, würden notwendige Investitionen in den Krankenhäusern ausbleiben und die wirtschaftliche Situation würde sich weiter verschärfen.

Daher sollten sich aus Sicht des PKV-Verbandes die Länder dazu verpflichten, den Krankenhäusern mehr Investitionsmittel bereitzustellen, und es sollte zudem eine konkrete Perspektive entwickelt werden, dass die Finanzierungslücke in absehbarer Zeit schrittweise ausgeglichen wird.

Eine bloße Anschubfinanzierung, wie im Antrag vorgeschlagen, löst das Grundproblem der unzureichenden Investitionskostenförderung nicht. Die Krankenhäuser müssen längerfristig auf Basis eines ausreichenden und nachhaltigen Mittelzuflusses durch die Länder kalkulieren können. Eine einmalige Anschubfinanzierung würde diesem Erfordernis nicht Rechnung tragen.