

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0166(5)
gel. ESV zur öAnhörung am 13.04.
16_KH-Finanzierung
08.04.2016

Stellungnahme zum Antrag
„Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und
bedarfsgerecht finanzieren“
(Bundestagsdrucksache 18/6326)

Prof. Dr. Michael Simon

März 2016

Inhalt

1	Vorbemerkung	3
2	Krankenhausplanung	3
2.1	Sektorenübergreifende Angebotsplanung.....	3
2.2	Transparentere Gestaltung der Planungsprozesse	4
2.3	Beteiligung der Gesellschaft	4
2.4	Berücksichtigung von Aspekten der Strukturqualität	5
3	Krankenhausfinanzierung	5
3.1	Finanzierung der Betriebskosten	5
3.2	Investitionskosten.....	8
4	Verbindliche Personalbemessung.....	10
5	Ausschluss eines auf Gewinn ausgerichteten Krankenhausbetriebes	10
6	Literatur	10

1 Vorbemerkung

Gemäß des vorliegenden Antrages soll der Bundestag die Bundesregierung auffordern, den Entwurf eines Gesetzes zur „Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung“ vorzulegen, das eine Reihe von Neuregelungen enthalten soll, die im Antrag genannt werden.

2 Krankenhausplanung

Laut Antrag soll die Krankenhausplanung der Länder zukünftig sicherstellen, dass

- sektorenübergreifend geplant wird
- Planungsprozesse transparenter gestaltet
- eine maßgebliche sowie direkte Beteiligung der Gesellschaft an diesen Planungen gewährleistet ist und
- Aspekte der Strukturqualität stärker berücksichtigt werden.

2.1 Sektorenübergreifende Angebotsplanung

Eine Planung des Versorgungsangebotes gibt es gegenwärtig nur getrennt für die ambulante vertragsärztliche Versorgung und Krankenhausversorgung. Für die vertragsärztliche Versorgung hat die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) auf Grundlage der Richtlinien des G-BA und im Einvernehmen mit den Krankenkassen einen Bedarfsplan zu erstellen (§ 99 SGB V). Für die Krankenhausversorgung hat das jeweilige Land einen Landeskrankenhausplan aufzustellen und regelmäßig fortzuschreiben (§ 6 Abs. 1 KHG).

Während die Länder bei der Krankenhausplanung die Letztentscheidung haben, ist ihr Einfluss auf die Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung gering. Der zuständigen Landesbehörde ist lediglich Gelegenheit zur Stellungnahme zum Bedarfsplan der KV zu geben und sie kann ihn beanstanden (§ 99 Abs. 1 SGB V).

Die Länder haben darüber hinaus die Möglichkeit, ein „gemeinsames Landesgremium“ einzurichten, dem Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der GKV und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie nach Landesrecht zu bestimmende weitere Beteiligte angehören (§ 90a Abs. 1 SGB V). Das Gremium hat sich mit Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung zu befassen, es kann allerdings nur Empfehlungen abgeben.

Von zentraler Bedeutung für die vertragsärztliche Bedarfsplanung sind die Richtlinien des G-BA. In jüngerer Zeit wurde den Ländern erstmals eine gewisse Beteiligung am Entscheidungsprozess des G-BA eingeräumt, unter anderem auch bei den Richtlinien zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Sie beschränkt sich allerdings auf ein Mitberatungsrecht, das von

zwei Vertretern der Länder ausgeübt wird, die von der GMK benannt werden (§ 92 Abs. 7e SGB V).

Die Notwendigkeit einer koordinierten sektorenübergreifenden Angebotsplanung, bei der die Länder eine stärkere Rolle einnehmen, wird zunehmend diskutiert. Es wurden in den letzten Jahren auch bereits erste, wenngleich sehr ‚vorsichtige‘ Schritte in diese Richtung vom Gesetzgeber unternommen.

Eine weitergehende Stärkung des Ländereinflusses auf die Planung der Angebotsstrukturen im Gesundheitswesen generell erscheint sehr sinnvoll und ihrem Sicherstellungsauftrag angemessen, der sich letztlich nicht nur auf die Krankenhausversorgung beschränkt. Die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden koordinierten Planung wird zunehmend deutlicher erkennbar, nicht zuletzt auch weil die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren und -bereichen zunehmend stärker wahrgenommen und diskutiert werden.

Für einen Umbau in Richtung einer unter staatlicher Leitung (Länder) erfolgenden sektorenübergreifenden und für alle Beteiligten verbindlichen Angebotsplanung wären jedoch sehr weitreichende Änderungen in verschiedenen Rechtsvorschriften notwendig. Sie wäre allein durch eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsrechts nicht zu bewirken.

2.2 Transparentere Gestaltung der Planungsprozesse

Die konkrete Durchführung der Krankenhausplanung unterliegt vor allem den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften, der Bund beschränkt sich auf sehr allgemeine Rahmenseetzungen. Im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder erfolgt eine Neufassung des Krankenhausplans in der Regel unter Mitwirkung eines Planungsausschusses, zu dessen Mitgliedern neben der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft und den Kostenträgern eine Reihe weiterer „Beteiligter“ der Krankenhausversorgung zählen, beispielsweise auch Vertretungen der kommunalen Gebietskörperschaften (vgl. u.a. § 3 NKHG).

Die Umsetzung des Krankenhausplans in krankenhausbegleitende Einzelentscheidungen (Feststellungsbescheid) unterliegt in vollem Umfang der Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung (BVerwGE 62, 86 [102]). Im Falle einer Klage gegen einen Feststellungsbescheid, hat die zuständige Landesbehörde vor Gericht die Gründe für ihre Entscheidung darzulegen.

Mit den bestehenden Regelungen ist bereits ein relativ hohes Maß an Transparenz gegeben.

2.3 Beteiligung der Gesellschaft

Sofern die demokratisch legitimierten kommunalen Gebietskörperschaften am Prozess der Erstellung bzw. Überarbeitung des jeweiligen Landeskrankenhausplans beteiligt sind (Planungsausschuss), scheint eine darüber hinausgehende Beteiligung weiterer Vertretungen

oder Verbände wenig sinnvoll. Zudem würde die Beteiligung von einzelnen Initiativen oder Selbsthilfegruppen die Frage nach deren demokratischer Legitimation aufwerfen.

2.4 Berücksichtigung von Aspekten der Strukturqualität

Mit dem KHSG wurde bereits eine Reihe von Schritten in Richtung einer stärker qualitätsorientierten Krankenhausplanung beschlossen. Zudem haben bereits einige Bundesländer Qualitätskriterien in ihre Krankenhauspläne aufgenommen bzw. bereiten dies vor (bspw. NRW, Hamburg).

Die Einbeziehung von Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung dürfte ohne Zweifel eine sehr sinnvolle Entwicklung sein, die sowohl dem Schutz der Patientengesundheit dienen kann als auch der Sicherstellung angemessener Arbeitsbedingungen der Beschäftigten (z.B. durch die Vorgabe von Personalbesetzungsstandards). Da die in die Krankenhausplanung aufzunehmenden Qualitätskriterien sehr hohen Ansprüchen genügen und im Zweifelsfall auch einer gerichtlichen Überprüfung standhalten müssen, sollte bei der Einführung von Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung Sorgfalt Vorrang vor Schnelligkeit haben.

Unabhängig davon erscheint es durchaus sinnvoll, das dringende Interesse an einer möglichst schnellen Einführung valider Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung immer wieder zum Ausdruck zu bringen.

3 Krankenhausfinanzierung

3.1 Finanzierung der Betriebskosten

Laut Antrag soll das geforderte Gesetz gewährleisten, dass

- das System der diagnoseorientierten Fallpauschalen abgeschafft und
- stattdessen ein Finanzierungssystem eingeführt wird, in dem die Selbstkosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses Grundlage der Betriebskostenfinanzierung sind.

Auch wenn das deutsche DRG-System vielfach als „Erfolgsmodell“ angesehen wird, so sind doch Zweifel an der Richtigkeit der Einführung eines Fallpauschalensystems angebracht. Es kann hier allerdings nicht der Ort sein, diese Zweifel in der notwendigen Breite zu erörtern. Hingewiesen werden soll lediglich auf das Problem der Vereinbarkeit des DRG-Systems mit den in § 1 KHG festgelegten zentralen Zielen staatlicher Krankenhauspolitik. Dies soll entlang der dem Krankenhausrecht hinterlegten Normenhierarchie kurz dargelegt werden (ausführlicher hierzu: Simon 2013):

- Aus dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes leitet sich der „Sicherstellungsauftrag“ der Länder für eine bedarfsgerechte Versorgung mit Krankenhausleistungen ab.

- Um ihrem Auftrag nachkommen zu können, sind die Länder seit Inkrafttreten des KHG 1972 verpflichtet, eine staatliche Krankenhausplanung durchzuführen und die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen und leistungsfähigen Krankenhäuser in diesen Plan aufzunehmen.
- Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan übernimmt das jeweilige Krankenhaus vom Land einen „Versorgungsauftrag“ in dem im Krankenhausplan definierten Umfang.
- Damit es diesen Versorgungsauftrag erfüllen kann, muss es wirtschaftlich gesichert werden. Nicht von ungefähr heißt das KHG in der Langfassung des Gesetzesnamens „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“.
- Erhält das Plankrankenhaus keine auskömmlichen Vergütungen, kann es den von ihm übernommenen Versorgungsauftrag nicht erfüllen, und - sofern kein anderes Krankenhaus diesen Auftrag übernehmen kann – kann das Land seine Verpflichtung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung in dem vom betreffenden Krankenhaus übernommen Umfang nicht erfüllen.

Die Grundüberzeugung hinter dem 1972 eingeführten System der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung ist, dass die Länder als Träger staatlicher Verantwortung eine Krankenhausplanung durchzuführen haben und die vom Land als leistungsfähig und bedarfsgerecht in den Plan aufgenommenen Kliniken wirtschaftlich zu sichern sind, denn nur so kann die Verwirklichung der krankenhauserischen Ziele des Landes erreicht werden.

Dieser zentrale Grundsatz wurde zunächst durch die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 und ab 2003/2004 durch die Umstellung auf ein Fallpauschalensystem durchbrochen. Im Kern bedeutete beides, dass Krankenhäuser, auch wenn sie als leistungsfähig und bedarfsgerecht vom Land in den Krankenhausplan aufgenommen sind, kein Recht auf wirtschaftliche Sicherung mehr haben.

Im DRG-System ist dies vor allem eine Folge der Umstellung auf Fallpauschalen, die auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten der an der Kalkulationsstichprobe beteiligten Krankenhäuser festgesetzt werden. Allein die Festsetzung auf Grundlage der Durchschnittskosten impliziert, dass ein erheblicher Teil – bei einer Normalverteilung unter Umständen die Hälfte – der Krankenhäuser nicht kostendeckende Vergütungen erhält, folglich nicht ausreichend wirtschaftlich gesichert wird. Damit gefährdet das DRG-System letztlich die Verwirklichung der krankenhauserischen Ziele.

Dass bislang nur sehr wenige Kliniken auf Grund von Defiziten geschlossen wurden, widerspricht nicht den vorstehenden Ausführungen, sondern ist darauf zurückzuführen, dass Krankenhäuser auf die Gefährdung ihrer wirtschaftlichen Existenz ‚ökonomisch rational‘ reagieren und versuchen, ihre Kosten zu senken und/oder ihre Einnahmen zu erhöhen (bspw. durch Stellenabbau im Pflegedienst, Ausgründung von Abteilungen und Bereichen und/oder

durch Fallzahlsteigerungen, Änderungen der Fallstruktur in Richtung höher bewerteter DRGs etc.). Auf einen Teil dieser Strategien wurde bereits auch vom Gesetzgeber reagiert, bspw. mit dem Pflegeförderprogramm 2009-2011 und dem neuen Pflegestellen-Förderprogramm. Die vielfach vorgebrachte Argumentation, die Einführung des DRG-Systems habe die „Wirtschaftlichkeit“ der Krankenhäuser verbessert, kann insofern nicht überzeugen, als ihr implizit ein sehr zweifelhafter Wirtschaftlichkeitsbegriff zugrunde liegt. Eine solche Argumentation geht implizit davon aus, dass die Einhaltung oder Unterschreitung der Durchschnittskosten aller Krankenhäuser als Maßstab für „Wirtschaftlichkeit“ dienen kann. Dem ist allerdings nicht so, und es entspricht auch nicht der in wirtschaftswissenschaftlichen Lehrbüchern anzutreffenden Definition von „Wirtschaftlichkeit“.

In Anbetracht der angesprochenen Probleme erscheint es angebracht, über eine grundlegende Reform des Systems der Krankenhausfinanzierung und die Abschaffung des DRG-Systems nachzudenken. Dabei sollte auch die Bedeutung des mit dem KHG 1972 eingeführten Selbstkostendeckungsprinzips angemessen gewürdigt werden. Es folgte, wie oben dargelegt, der Grundlogik des KHG-Systems und war keine Garantie für Krankenhäuser, dass ihre tatsächlichen Kosten ohne Wenn und Aber erstattet werden, wie dies vielfach behauptet wird. Die entsprechende Passage im KHG 1972 lautete:

„Die Pflegesätze sind für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Sie müssen auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern“ (§ 17 Abs. 1 KHG 1972).

An den Formulierungen wird erkennbar, dass es sich bei den im Gesetz als „Selbstkosten“ bezeichneten Kosten um die Kosten eines als Norm gesetzten fiktiven sparsam wirtschaftenden Krankenhauses handeln sollte, und nicht um die tatsächlich angefallenen krankenhaushausindividuellen Ist-Kosten. Dementsprechend gehörte zum System des KHG 1972 auch ein System von Wirtschaftlichkeitsprüfungen¹ durch unabhängige externe Prüfunternehmen, die im Falle von Meinungsunterschieden zwischen Krankenhaus und Kostenträgern eingeschaltet wurden, sowie die Einrichtung von Schiedsstellen, die im Falle einer Nichteinigung der Pflegesatzparteien über die Höhe der Pflegesätze entschieden.

Im Übrigen ist das Selbstkostendeckungsprinzip keineswegs ein ‚Relikt vergangener Zeiten‘, sondern durchaus auch heute noch im geltenden Finanzierungsrecht anzutreffen. Zu verweisen ist dabei beispielsweise auf das Pflegeförderprogramm der Jahre 2009 bis 2011 und das erst vor wenigen Monaten beschlossene Pflegestellen-Förderprogramm. Beide Programme sahen bzw. sehen die Prüfung der Mittelverwendung durch einen externen Prüfer sowie die

¹ Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen wiederum erfolgten in der Regel unter Verwendung eines sehr ausgefeilten Systems von Kennzahlen (z.B. zur Stellenbesetzung), die als Maßstab für eine „wirtschaftliche Betriebsführung“ galten (vgl. u.a. Bölke 1981).

Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel vor. Das ist Selbstkostendeckungsprinzip ‚in Reinform‘ und knüpft an die im oben stehenden Zitat erwähnte „Kosten- und Leistungsrechnung“ an. Krankenhäuser mussten im System des KHG 1972 den Krankenkassen für die Pflegesatzverhandlungen eine detaillierte Aufstellung ihrer Kosten der vergangenen Pflegesatzperiode übermitteln, auf deren Grundlage dann gegebenenfalls auch über die Rückzahlung nicht verbrauchter Mittel verhandelt wurde.

3.2 Investitionskosten

Laut Antrag soll durch die geforderte Reform eine Beteiligung des Bundes an der Investitionsförderung in Höhe von bis zu 2,5 Mrd. Euro als Anschubfinanzierung gesetzlich verankert werden.

Mit dem KHSG wurde bereits die Einrichtung eines Strukturfonds beschlossen, an dessen Finanzierung sich auch der Bund beteiligt. Angesichts des bestehenden Investitionsstaus dürfte eine Aufstockung der staatlichen Investitionsförderung insgesamt durchaus gerechtfertigt sein. Eine dauerhafte Beteiligung des Bundes könnte allerdings auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen, sofern diese als Mischfinanzierung gewertet wird.

Zudem sah das KHG 1972 bereits eine gemeinsame Finanzierung der Investitionsförderung durch Bund (1/3) und Länder (2/3) vor, die vor allem auf Wunsch der Länder aber auch aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1984 wieder abgeschafft wurde (Simon 2000: Kap. 3.3.4). Als Kompensation für die entfallenden Bundesmittel wurde der Anteil der Länder an den allgemeinen Steuereinnahmen erhöht. Insofern war und ist der Bund – indirekt – auch nach 1984 weiter an der Finanzierung der Investitionsförderung beteiligt.

Hinter der unzureichenden Investitionsförderung steht m.E. jedoch ein grundsätzlicheres Problem. Das Investitionsdefizit im Krankenhausbereich kann als Teil einer insgesamt seit langem unzureichenden Finanzierung öffentlicher Infrastrukturen begriffen werden. Es weist letztlich auf die Notwendigkeit einer verbesserten Finanzausstattung des Staates hin, damit er seine Verpflichtung zur Bereitstellung und Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Infrastruktur erfüllen kann. Dies gilt auch für die Sicherstellung einer ausreichenden Investitionsförderung nach KHG, und es gilt ebenso für die Kommunen, die Krankenhäuser vielfach deshalb an private Träger verkauft haben, weil sie dringend notwendige Investitionen aus ihrem Steueraufkommen nicht leisten konnten.

An dieser Stelle soll auch kurz auf eine in der gesundheitspolitischen Diskussion seit einiger Zeit anzutreffende Auffassung eingegangen werden, wonach die unzureichende Investitionsförderung Ursache des Stellenabbaus im Pflegedienst sei. Vergleicht man die Entwicklung der Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst und die Entwicklung der Investitionsförderung, so ist

kein paralleler Verlauf und somit kein statistischer Zusammenhang erkennbar (Abb. 1). Die Entwicklung der Zahl der Vollkräfte zeigt vielmehr deutliche Zusammenhänge zu Veränderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts:

- Nach Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR) und Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) war ein Anstieg der Zahl der Vollkräfte zu verzeichnen.
- Nach Aufhebung der PPR und Inkrafttreten einer pauschalen 1%igen Kürzung der Krankenhausbudgets für die Jahre 1997-1999 setzte ein Stellenabbau ein.
- Im Vorfeld der Einführung und direkt bei Einführung des DRG-Systems wurden verstärkt Stellen im Pflegedienst abgebaut.
- Ab 2008 wurden wieder Stellen geschaffen, unter anderem auch auf Grundlage des Pflegeförderprogramms der Jahre 2009-2011.

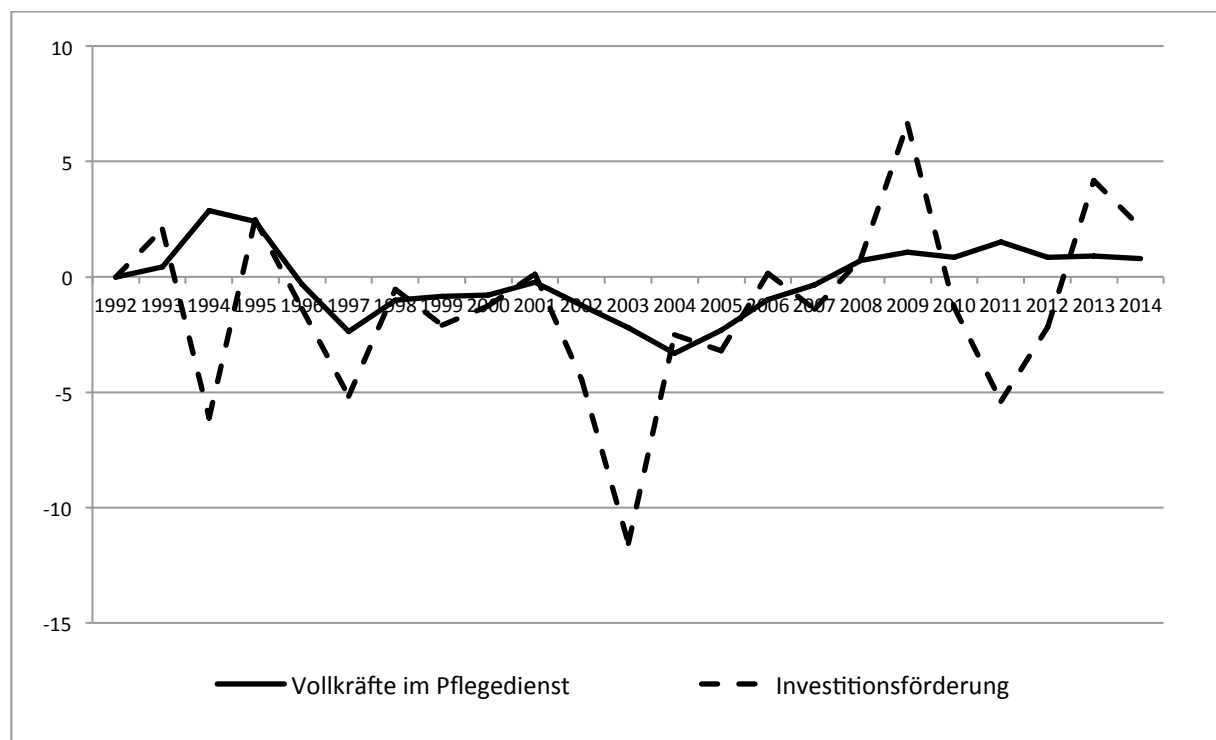


Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser und Entwicklung der Investitionsförderung nach KHG (jährliche Veränderung in Prozent)

Sicherlich hat die unzureichende Investitionsförderung den ökonomischen Druck auf Krankenhäuser erhöht und auch dazu beigetragen, dass – um dringend notwendige Investitionen finanzieren zu können – in Krankenhäusern Stellen im Pflegedienst abgebaut wurden. Das Investitionsdefizit zur Hauptursache oder alleinigen Ursache erklären zu wollen, ist jedoch nicht überzeugend.

4 Verbindliche Personalbemessung

Zur Notwendigkeit und technischen Umsetzbarkeit verbindlich einzuhaltender Personalbemessungsstandards verweise ich auf meine Stellungnahme zum Entwurf des KHSG.

5 Ausschluss eines auf Gewinn ausgerichteten Krankenhausbetriebes

Ein gesetzlicher Ausschluss gewinnorientierter Krankenhausträger dürfte auf erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken stoßen und könnte vermutlich durch eine Verfassungsklage der privaten Träger erfolgreich verhindert werden. Es gilt auch für die Krankenhausversorgung die in Artikel 12 Grundgesetz garantierte Berufsfreiheit, insofern dürfte es Privatpersonen oder privaten Unternehmen kaum zu verwehren sein, ein Krankenhaus zu betreiben.

Würde allerdings die Krankenhausfinanzierung auf ein System umgestellt, das im Kern eine Wiederbelebung des Selbstkostendeckungsprinzips vorsieht, so hätte dies vermutlich faktisch einen Ausschluss gewinnorientierter Trägerschaft zur Folge. Wird Krankenhäusern ein Anspruch auf Deckung der Betriebskosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses gewährt, die Vorlage eines Kosten-Leistungsnachweises zu den jährlichen Budgetverhandlungen verlangt und ein Ausgleich von Überschüssen und Verlusten vorgenommen, so würde damit die Entstehung von Gewinnen weitgehend verhindert. Krankenhäuser würden keine Rendite mehr erwirtschaften können und damit als Anlageobjekt für private, gewinnorientierter Anleger uninteressant.

Als Beleg für diese Annahme kann auf die Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft verwiesen werden. Bis Ende der 1980er Jahre handelte es sich bei privaten Allgemeinkrankenhäusern fast ausschließlich um kleine Belegkliniken. Erst nach Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips durch das 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz setzte die Privatisierung öffentlicher Kliniken ein und erhielt durch die Einführung des DRG-Systems erheblichen Auftrieb.

6 Literatur

- Bölke, Günter (1981): Der Personalmiteinsatz im Krankenhaus nach dem Ergebnis von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. In: Das Krankenhaus, Jg. 73, Heft 6 und 7, S. 209-217, 258-265.
- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Wiesbaden: Springer VS.
- Simon, Michael (2013): Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 39 (27.09.2013), S. A1782-A1786.