

Überkapazitäten durch Strukturreformen statt auf Kosten der Beitragszahler abbauen

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der
Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) (BT-Drs. 18/5372) und
zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
(BT-Drs. 18/5381) und der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 18/5369)**

25. August 2015

Zusammenfassung

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen hätten nicht vertretbare Mehrbelastungen der Beitragszahler zur Folge. Eine Strukturreform des Krankenhausbereichs, die trotz erheblicher Überkapazitäten zu milliardenschweren zusätzlichen Belastungen führt, verdient ihren Namen nicht.

Der zur Förderung des Abbaus von Überkapazitäten im stationären Bereich geplante Strukturfonds darf nicht durch zweckentfremdete Beitragsmittel aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Vielmehr müssen die benötigten Mittel vollständig von den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern finanziert werden.

Die Chance, Krankenkassen und Krankenhäusern mehr Vertragsautonomie einzuräumen, bleibt nahezu vollständig ungenutzt. Dabei könnte mehr Vertragswettbewerb die Wirtschaftlichkeit im stationären Bereich entscheidend befördern und den Abbau vorhandener Überkapazitäten gewährleisten.

Die anvisierte Qualitätssicherung bei der Krankenhausplanung muss verbindlich sein

und darf nicht vom guten Willen der Länder abhängen.

Positiv ist, dass – im Gegensatz zum vorherigen Referentenentwurf – Krankenhäuser mit dauerhaft schlechter Qualität von der Patientenversorgung gänzlich ausgeschlossen werden sollen.

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser auf eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen umzustellen und den Krankenkassen Mitsprache bei der Krankenhausplanung zu ermöglichen, geht in die richtige Richtung – aber nicht weit genug. Notwendig ist eine konsequente Umstellung von der dualen Finanzierung auf eine monistische Finanzierung durch die Krankenkassen mit vollständigem Übergang des Krankenhausplanungsrechts auf die Krankenkassen. So ließe sich auch das bestehende Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder lösen.

Im Einzelnen

Mehrkosten in Milliardenhöhe für die Beitragszahler sind nicht akzeptabel

Nicht akzeptabel sind die hohen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung, die durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen verursacht werden. Insgesamt werden die Kosten der Reform für die Krankenkassen in einem 5-Jahreszeitraum auf 5,4 Mrd. € geschätzt, während zugleich nur „Einsparungen in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe“ erwartet werden. Eine Strukturreform im Krankenhausbereich, dem mit Gesamtausgaben von 68 Mrd. € (2014) mit Abstand größten Kostenblock im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (34 %), die trotz vorhandener Überkapazitäten für zusätzliche Ausgaben sorgt, verdient ihren Namen nicht.

Der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung darf durch die Krankenhausreform nicht noch weiter über das bestehende Rekordniveau hinaus steigen. Im Gegenteil: Ziel müsste sein, durch wirkliche Strukturreformen die Beitragslast zu senken, um so die Voraussetzungen für Wachstum und Beschäftigung weiter zu verbessern.

Überversorgung nicht durch Zweckentfremdung von Beitragsmitteln abbauen

Zu begrüßen ist, dass Maßnahmen zum Abbau der bestehenden Überkapazitäten im Krankenhausbereich ergriffen werden sollen.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist zwischen 1991 und 2013 die durchschnittliche Bettenauslastung der Krankenhäuser von 84 % auf nur noch 77 % gesunken. Damit ist mehr als jedes fünfte Krankenhausbett ungenutzt. Zu Recht weist die OECD darauf hin, dass kein anderes Land in Europa so viele Krankenhausbetten pro Einwohner bereitstellt wie Deutschland. Mit 8,2 Betten je 1.000 Einwohner liegt Deutschland weit über dem OECD-Durchschnitt von 4,8 Betten je 1.000 Einwohner.

Abzulehnen ist aber, dass der Abbau von Überkapazitäten durch Zweckentfremdung von 500 Mio. € Beitragsmitteln aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden soll. Wenn der notwendige Abbau von Überkapazitäten durch einen Strukturfonds finanziell gefördert werden soll, dann müssen die dafür erforderlichen Mittel von den Ländern aufgebracht werden, denn sie sind für die Finanzierung von Investitionen und Kapazitätsanpassungen im Krankenhaussektor zuständig. Durch die jetzt vorgesehene Finanzierung werden die Beitragszahler massiv und in unzulässiger Weise belastet. Die Bedingung, dass diese Beitragsmittel nur in den Strukturfonds gezahlt werden sollen, wenn auch die Länder einen gleich hohen Betrag zahlen, heilt diesen falschen Ansatz nicht.

Wirtschaftliche Krankenhausstrukturen durch mehr Vertragswettbewerb erreichen

Die vorgesehenen Ansätze zur Erprobung von Selektivverträgen sind zu zaghaft. Die Ermöglichung von zeitlich auf vier Jahre befristeten sog. Qualitätsverträgen für vier vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegende Leistungen bzw. Leistungsbereiche mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsmaßstäbe ist bei Weitem nicht ausreichend.

Notwendig sind echte Reformen, die Krankenkassen und Krankenhäusern mehr Vertragsautonomie einräumen. An die Stelle des heute im stationären Bereich bestehenden Zwangs zu einheitlichen, gemeinsam ausgehandelten Versorgungsverträgen müssen schrittweise individuell ausgehandelte Verträge von Krankenkassen und Krankenhäusern treten. Durch einen echten Vertragswettbewerb können die hohen bestehenden Effizienzreserven ausgeschöpft werden.

Zudem muss der bestehende Kontrahierungszwang, nach dem die Krankenkassen mit allen von den Ländern im Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen müssen, abgeschafft, zumindest aber gelockert

werden. Eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs würde die wettbewerbliche Entwicklung wirtschaftlicher Krankenhausstrukturen fördern und den Abbau der z. T. noch erheblichen Überkapazitäten im Krankenhausbereich beschleunigen.

Qualitätssicherung bei der Krankenhausplanung verbindlich und konsequent durchsetzen

Es ist zu begrüßen, dass die vom G-BA zu entwickelnden Qualitätsindikatoren zur Grundlage der Planungsentscheidungen gemacht werden sollen. Gute Qualität in der stationären Versorgung ist essenziell, um eine effiziente medizinische Versorgung sicherzustellen. Dieser richtige Ansatz wird im Gesetzentwurf jedoch konterkariert, indem die Länder dazu ermächtigt werden, durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise auszuschließen oder eigene Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung zu machen. Damit mutieren die Qualitätsindikatoren des G-BA zu unverbindlichen Orientierungshilfen. Die Länder haben es daher nach wie vor in der Hand, überflüssige und qualitativ schlechte Krankenhäuser aufrechtzuerhalten und Qualitätsstandards auch künftig zu unterschreiten. Die Strukturreformen hängen somit weiter allein vom guten Willen der Länder ab, der aufgrund von landes- und lokalpolitischen Erwägungen oft nicht vorhanden ist. Das hat die Vergangenheit hinreichend belegt.

Bessere Versorgungsqualität durch Kündigungsrecht für Krankenkassen

Die vorgesehene qualitätsorientierte Vergütung von medizinischen Krankenhausleistungen im stationären Bereich ist ein guter Ansatz. Es ist richtig, dass Krankenhäuser oder einzelne Fachabteilungen mit dauerhaft erheblich unzureichender Qualität im Interesse der Patienten von der Versorgung gänzlich ausgeschlossen werden sollen. Das entspricht den Forderungen der BDA und korrigiert die noch im Referentenentwurf ent-

haltene völlig unzureichende Regelung, bei Krankenhäusern mit dauerhaft erheblich unzureichender Qualität lediglich Vergütungsabschläge vorzusehen.

Sinnvolle Berücksichtigung von Notfallversorgung

Zu den sinnvollen Ansätzen des Gesetzentwurfs gehören außerdem die Einführung von Zu- bzw. Abschlägen für Krankenhäuser mit bzw. ohne Notfallversorgung sowie die geplanten Maßnahmen zum Abbau systematischer Übervergütungen von Sachkosten.

Auf monistische Finanzierung umstellen

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser zu reformieren und auf eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen unter Gewährung eines Mitspracherechts bei der Krankenhausplanung umzustellen, geht in die richtige Richtung – aber nicht weit genug.

Das bestehende Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder ließe sich am besten lösen durch eine konsequente Umstellung von der dualen Finanzierung auf eine monistische Finanzierung durch die Krankenkassen, d. h. eine einheitliche Vergütung der Betriebs- und Investitionsaufwendungen der Krankenhäuser aus einer Hand.

Die Übernahme der Investitionsfinanzierung erfordert im Gegenzug den Übergang des Sicherstellungsauftrags und des Krankenhausplanungsrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen. Damit der Übergang kostenneutral für Länder und Krankenkassen erfolgt, muss die bisherige Investitionsfinanzierung durch die Länder durch einen dynamisierten Steuerzuschuss ersetzt werden. Dieser Zuschuss muss von Bund und Ländern – nicht vom Beitragszahler – in einen zentralen Fonds bzw. den Gesundheitsfonds gezahlt werden.



Pflegerische Versorgungslage auf der Grundlage bedarfsgerechter Krankenhausstrukturen bewerten

Die Vorschläge der Fraktion DIE LINKE zur extrabudgetären Finanzierung eines Personalaufbaus von Pflegekräften in Krankenhäusern sind abzulehnen. Stattdessen sollten qualitätskritische Bereiche identifiziert und zunächst durch eine verbesserte Steuerung des Personaleinsatzes durch das Krankenhausmanagement behoben werden. Um einer pflegerischen Unterversorgung zu begegnen, könnten Personalvorgaben durch den G-BA definiert und so eine ausreichende Personalbesetzung gewährleistet werden.

Der pflegerische Versorgungsbedarf darf sich zudem nicht an den heutigen, nicht bedarfsgerechten Krankenhausstrukturen und überhöhten Kapazitäten und Bettenzahlen orientieren, sondern muss die sehr großen Rationalisierungspotenziale im Krankenhaussektor zwingend mit berücksichtigen. Diese werden aber in den Vorschlägen der Fraktion DIE LINKE ignoriert. Sie sind daher – auch wegen der mit ihnen verbundenen erheblichen Mehrkosten für die Beitragszahler von 3,5 Mio. € jährlich bzw. einer Erhöhung des Krankenkassenbeitrags um 0,3 Beitragssatzpunkte – verfehlt.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de