

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Nicole Gohlke, Dr. Rosemarie Hein, Sigrid Hupach, Katja Kipping, Ralph Lenkert, Cornelia Möhring, Norbert Müller (Potsdam), Harald Petzold (Havelland), Dr. Petra Sitte, Azize Tank, Kathrin Vogler, Katrin Werner, Birgit Wöllert, Jörn Wunderlich, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Es ist Zeit für eine solide und verlässliche Krankenhauspolitik, die sich am Gemeinwohl orientiert und den ökonomischen Druck von den Krankenhäusern nimmt. Die Krankenhausversorgung muss den Patientinnen und Patienten bestmöglich dienen und den Beschäftigten anständig bezahlte und nicht krank machende Arbeitsplätze ermöglichen.

Der Zweck eines Krankenhauses ist nicht die Gewinnmaximierung, sondern die Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen stationären Leistungen. Krankenhäuser sind Teil des Sozialstaats. Die Finanzierung der Krankenhäuser durch Krankenkassen (Kosten des laufenden Betriebs) und Länder (Investitionen) muss genauso an diesem Grundsatz ausgerichtet werden wie die Krankenhausplanung. Diesem Zweck der Krankenhäuser stehen derzeit die Orientierung an Markt und Wettbewerb und damit einhergehende betriebswirtschaftliche Strategien der Krankenhäuser entgegen.

Gemeinwohlorientierte Krankenhausplanung und -finanzierung bedeutet, sich auf den ursprünglichen Zweck des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) zu besinnen. Gegenstand der Bedarfsermittlung im stationären Bereich darf nach dem KHG ausschließlich der tatsächliche Versorgungsbedarf sein. Der Krankenhausplan muss nachweislich zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern führen und einen sozial tragbaren Pflegesatz ermöglichen – so auch das Bundesverfassungsgericht in einem wegweisenden Urteil (BVerfG, 26.06.1997).

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) ist ein Krankenhaus leistungsfähig, wenn seine Angebote dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft (Leitlinien) entsprechen, vgl. Urteil des BVerfG vom 12.06.1990, Az.: 1 BvR 355/86. Gemessen wird dies an der Zahl und der Bedeutung der Fachabteilungen, der Fachärztinnen und -ärzte, dem Pflegepersonal und sonstigem Personal sowie der medizinisch-technischen Ausstattung. Letztlich definiert sich Leistungsfähigkeit vor allem als Strukturqualität über die personelle und sachliche Ausstattung der Krankenhäuser. Sie ist erstens messbar z. B. durch eine Fachkraftquote.

Zweitens ist durch Studien belegt, dass beispielsweise personelle Standards in der Pflege oder Hygienestandards deutliche Auswirkungen auf die Mortalität der Patienten und die Qualität der Leistungserbringung haben. Da die Versorgungsqualität entscheidend vom Verhältnis der Pflegekräfte zu den Patientinnen und Patienten abhängt, ist der wichtigste Schritt zur Verbesserung der Strukturqualität die Einstellung von mehr Personal. Aktuell versorgt in Deutschland eine Pflegekraft 9,9 Patientinnen und Patienten, in Norwegen dagegen 3,7 und in den Niederlanden 4,8. Eine verbindliche Personalbemessung muss als Strukturqualitätsmerkmal in die Krankenhausplanung aufgenommen und finanziert werden.

Bundesweit muss die Ermittlung des Bedarfs an stationärer Versorgung auf eine wissenschaftliche Basis gestellt werden. Die Bedarfsplanung sollte kleinräumig organisiert sein mit dem Ziel, ein Optimum an medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Versorgung vor Ort zu ermitteln. Die strikte Unterscheidung zwischen den Sektoren – ambulant, stationär und pflegerisch – bei Planung und Versorgung soll sukzessiv zu Gunsten einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung überwunden werden. Für eine patientenorientierte Versorgung sind neue, das Krankenhaus ersetzende Therapieangebote im ambulanten Bereich nötig, aber auch die stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in das ambulante Leistungsgeschehen. Dem Landeskrankenhausplan kann dabei die Aufgabe der Rahmenplanung zukommen, die weitere Ausgestaltung muss demokratisiert werden und kann weitestgehend auf die regionale Ebene verlagert werden. Beispielsweise können die Beteiligten vor Ort durch Gesundheitskonferenzen einbezogen werden.

Eine öffentlich organisierte, angemessen finanzierte und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung erfordert auch, die Länder in die Lage zu versetzen, eine flächendeckende Krankenhausinfrastruktur zu sichern und für Neuanschaffungen, An- und Umbauten sowie Modernisierungen die erforderlichen Mittel bereitzustellen. Doch trotz der Verpflichtung der Bundesländer zur Übernahme der Investitionskosten in Krankenhäusern sind in den vergangenen Jahrzehnten die Investitionen der Länder ständig zurückgegangen ist und in vielen Krankenhäusern ein immenser Investitionsstau entstanden. Jährlich fehlen rund 3,3 Mrd. Euro Investitionsmittel. Dieser Stau kann mittelfristig nicht mehr allein von den Bundesländern behoben werden. Der Bund muss sich an zukünftigen Mehraufwendungen der Länder beteiligen.

Nach § 8 KHG haben sämtliche Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurden, einen Anspruch auf finanzielle Förderung und Ausstattung. Rechtlich sind Plankrankenhäuser per Definition notwendige Krankenhäuser und müssen wirtschaftlich gesichert werden. Die Finanzierung der stationären Leistungen über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) kann dies nicht leisten. Da die DRGs systematisch auf Wettbewerb angelegt sind, entscheidet derzeit der ökonomische Erfolg eines Krankenhauses über seine Existenz und die Ausgestaltung seiner Abteilungen und Stationen. Eine auskömmliche Finanzierung bedarfsgerechter, qualitativ hochwertiger Krankenhäuser ist mit DRG-Fallpauschalen nicht zu erreichen.

Um die Ziele des KHG umzusetzen, müssen die bedarfsgerechten Ist-Kosten zu Grunde gelegt werden, anstelle extern festgelegter Preise. Das heißt, die Finanzierung der Krankenhäuser muss über krankenhausesindividuell verhandelte Kostenrahmen, sowohl für die Vorhaltekosten (fixe Betriebskosten) als auch für die leistungsabhängigen variablen Kosten, erfolgen. Der Personalbedarf muss nach wissenschaftlichen Kriterien ermittelt, die Personalbesetzung gesetzlich festgeschrieben und von den Krankenhäusern nachgewiesen werden. Begründen Krankenhäuser in den Pflegesatzverhandlungen Finanzbedarf sachgerecht, ist das Geld bereitzustellen.

Die Möglichkeit, mit Krankenhäusern Gewinne und Verluste erzielen zu können und sie über die Fallpauschalen in einen Wettbewerb untereinander zu setzen, hat sich aus weiteren Gründen nicht bewährt. Patientinnen und Patienten können sich heute nicht mehr sicher sein, ob ausschließlich medizinische Gründe und nicht auch ökonomische Motive ausschlaggebend für ihre Behandlung sind. Darauf weisen auch

Ärztinnen und Ärzte immer wieder hin. Ob ein Krankenhaus Gewinne oder Verluste macht, hat mit der Bedarfsnotwendigkeit des Krankenhauses nichts zu tun und darf kein Grund für den Betrieb oder die Schließung von Abteilungen sein. Die Krankenhausplanung wird so ad absurdum geführt und die bedarfsnotwendige Versorgung gefährdet.

Das Krankenhausstrukturgesetz in der Fassung der Bundesregierung ändert an der Not der Krankenhäuser nichts. Es bedarf einer grundlegenden Neuausrichtung der Krankenhauspolitik, die den Investitionstau auflöst und den Personalnotstand behebt.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf zur Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung vorzulegen, der sich an sozialstaatlichen Zielen orientiert. Dabei ist insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

1. Die staatliche Krankenhausplanung und die Finanzierung der Investitionen haben dem Ziel der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern zu dienen. Die Krankenhausplanung der Länder muss sicherstellen, dass sektorenübergreifend geplant wird, Planungsprozesse transparenter gestaltet und eine maßgebliche sowie direkte Beteiligung der Gesellschaft an diesen Planungen gewährleistet ist. Aspekte der Strukturqualität müssen stärker berücksichtigt werden.
2. Der Betrieb der Krankenhäuser und seine Finanzierung sind auf das Gemeinwohl auszurichten. Ein auf Kapitalrendite und Gewinne ausgerichteter Betrieb eines Krankenhauses ist auszuschließen. Das System der diagnoseorientierten Fallpauschalen wird abgeschafft. Stattdessen werden die begründeten krankhausindividuellen Kosten sämtlicher Plankrankenhäuser erstattet, also die Selbstkosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses. Damit es keine Fehlanreize gibt, sind Bedarfsteuerung und Bedarfsermittlung zum Ausgangspunkt der Finanzierung zu machen. Über den Landeskrankenhausplan sind die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssteuerung zu ermöglichen.
3. Eine bundesgesetzliche, für sämtliche Krankenhäuser verbindliche Personalbemessung ist schnellstmöglich einzuführen. Dabei ist zu gewährleisten, dass im Vergleich zu heute die Zahl der Pflegekräfte erheblich gesteigert wird. Die Einhaltung der Personalzahlen muss über verbindliche Vorgaben zur Strukturqualität in der Krankenhausplanung durchgesetzt werden. Maßnahmen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sind zu ergreifen sowie barrierefreie Kommunikationsformen (Fremdsprachen, leichte Sprache, Gebärdensprache usw.) einzuführen. Die notwendigen Kosten für das Personal werden über die Kostenträger der Betriebskosten erstattet.
4. Eine Anschubfinanzierung des Bundes von 50 Prozent der zukünftigen Mehraufwendungen der Länder zur Behebung des Investitionsstaus ist gesetzlich zu verankern. Mit einer hälftigen Beteiligung in Höhe von bis zu 2,5 Mrd. Euro aus Bundesmitteln werden Anreize für die Bundesländer gesetzt, den heute bestehenden Investitionsbedarf bei den Krankenhäusern in den kommenden zehn Jahren abzubauen. Es ist in dem Verfahren sicherzustellen, dass nicht diejenigen Länder benachteiligt werden, die bereits jetzt einen überdurchschnittlich hohen Investitionskostenanteil gemessen an ihrer Einwohnerzahl bereitstellen.

Berlin, den 13. Oktober 2015

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Begründung

Viele der bekannten Probleme in der Krankenhausversorgung resultieren aus der Finanzierung über Fallpauschalen (DRGs). Denn diese orientieren ausschließlich auf die Leistungserbringung, auf Preise und Erlöse. Die vor- und nachgelagerten Bereiche der ambulanten Versorgung, Reha, Nachsorge etc. bleiben außen vor, eine Kooperation zwischen den Leistungserbringern findet kaum statt – die Konkurrenz dominiert. Notwendig ist deshalb ein Planungsverfahren, das Kooperationen zwischen den Leistungserbringern fördert. Die Entscheidung, ob ein Krankenhaus oder der ambulante Bereich eine Leistung erbringt, darf nicht von den wirtschaftlichen Interessen der einzelnen Akteure beeinflusst sein. Medizinische Erwägungen zum Wohl der Patientinnen und Patienten müssen das zentrale Kriterium darstellen. Eine bedarfsdeckende, krankenhausespezifische Finanzierung ist über das Fallpauschalensystem nicht möglich. Für eine gemeinwohlorientierte Krankenhauspolitik bieten dagegen die Prinzipien des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine gute Grundlage: erstens die staatliche Krankenhausplanung zur Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern und zweitens eine gemeinwohlorientierte Finanzierung, die begründete, krankenhausespezifische Selbstkosten erstattet.

Fallpauschalen sind auch keineswegs effektiv. Die angestrebte Kostenentlastung blieb aus. Stattdessen verursachen sie hohe Folgekosten: Die zusätzlichen Verwaltungsausgaben in Krankenhäusern und Krankenkassen sowie die Anreize zur Erbringung zusätzlicher Leistungen führen jährlich zu Kosten in Milliardenhöhe. Das DRG-System benötigt eine Vielzahl von kostenintensiven Dienstleistungen: Controlling, Unternehmensberatung, Kodierassistentinnen und -assistenten, Kodierärztinnen und -ärzte und vieles mehr. Zu den unerwünschten Wirkungen zählen weiterhin die Anreize zur Mengenausweitung, in deren Folge wiederum problematische Maßnahmen zur Eindämmung der Mengenausweitung getroffen werden müssen, wie etwa der Mehrleistungsabschlag oder der Fixkostendegressionsabschlag.

Der bisherige wirtschaftliche Wettbewerb unter den Krankenhäusern führt zu Anreizen, den betriebswirtschaftlichen Nutzen für das Krankenhaus zu maximieren, was aber oft nicht dem Patientenwohl oder der bestmöglichen Versorgungsqualität entspricht. Deshalb muss der wirtschaftliche Wettbewerb beendet werden. Dafür ist es notwendig, die Möglichkeit von Profiten durch den Betrieb eines Krankenhauses unmöglich zu machen. Das ist verfassungsrechtlich geboten, denn Krankenhäuser dienen dem Menschenrecht auf Würde, Leben und bestmögliche Gesundheit. Das Bundesverfassungsgericht hat dies in mehreren Urteilen klargestellt. Den im KHG formulierten Zielen kommt verfassungsrechtlich ein hoher Stellenwert zu: „Die bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhauspflege ist ein unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung, die das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung als besonders wichtiges Gemeinschaftsgut ansieht, vgl. Urteil des BVerfG vom 26.06.1997, Az.: 1 BvR 1190/93. Demzufolge muss die Gesetzgebung dafür Sorge tragen, dass der Erreichung dieses Zweckes der Krankenhäuser keine Profitinteressen entgegenstehen. Es ist Aufgabe der Bundesregierung, in einem Gesetzentwurf schnellstmöglich der Durchsetzung des Gewinn-/Verlustverbotes zum Erfolg zu verhelfen.