



Antrag der Fraktion der SPD

„Das derzeitige System der Finanzierung von
Krankenhausinvestitionen muss grundlegend
überarbeitet werden!

Investitionsstau bei Krankenhäusern abbauen ohne
Kommunen mehr zu belasten!“

– Landtags-Drucksache 17/811 –

Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am 21. Februar 2018

AOK Rheinland/Hamburg
Kasernenstr. 61
40213 Düsseldorf

Verband der Ersatzkassen e. V.
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf

Tel. 0211 8791-1154
Fax 0211 8791-1145
christoph.rupprecht@rh.aok.de

0211 38410-11
0211 38410-20

lv-nordrhein-westfalen@vdek.com

I. Allgemeine Bewertung

Wir begrüßen im Grundsatz die Initiative zur Erhöhung der Investitionsmittel. Ein Großteil der Probleme in der Krankenhausversorgung resultiert aus der unzulänglichen Investitionsförderung der Bundesländer. Die Krankenhäuser müssen ihre Investitionen aus der Betriebskostenfinanzierung der Krankenkassen quersubventionieren. Dadurch fehlen diese Mittel bei der Behandlung und – insbesondere – der Pflege der Patientinnen und Patienten. Diese Zweckentfremdung geht zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Nordrhein-Westfalen gehört im Ländervergleich seit vielen Jahren zu den Schlusslichtern in der Investitionsförderung. Der rechnerische Investitionsbedarf wird – trotz vollständiger Investitionsverpflichtung – nur zu etwa einem Drittel gedeckt. Jährlich fehlen den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern etwa eine Milliarde Euro an öffentlicher Investitionskostenförderung. Eine Ausweitung der Fördersumme für Krankenhäuser ist daher dringend geboten. Dabei ist sicherzustellen, dass die knappen Fördermittel in den Erhalt und Ausbau einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung fließen. Hier kommt es aktuell zu Fehlentwicklungen, die dringend korrigiert werden müssen. Wir beobachten seit einigen Jahren, dass immer mehr Krankenhäuser ihr Leistungsangebot in bestimmten Teilbereichen ausbauen (z.B. Teilbereiche in der Kardiologie, Endoprothetik oder Gefäßchirurgie). Ein aktuelles Gutachten des IGES-Instituts weist nach, dass in Nordrhein-Westfalen eine starke Dezentralisierung der Leistungserbringung bei ausgewählten komplexen Leistungen stattgefunden hat.¹ Es bestehen regionale Mehrfachstrukturen – insbesondere in Ballungsräumen. In einem 30-Kilometer-Umkreis rund um Essen implantieren etwa 80 Kliniken künstliche Hüftgelenke, rund 70 Kliniken künstliche Kniegelenke und knapp 50 Kliniken nehmen Wirbelsäulenverblockungen vor. Diese Entwicklung ist insbesondere vor dem Hintergrund zahlreicher wissenschaftlicher Studien, die einen Zusammenhang zwischen einer Spezialisierung der Versorgung und der Behandlungsqualität nachweisen, kritisch zu bewerten.

¹ IGES-Gutachten 2018: Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen. Möglichkeiten und Grenzen einer Steuerung der Krankenhausversorgung. Berlin.

Angesichts der ohnehin unzureichenden Fördermittel ist ihre gezielte Verwendung unumgänglich. Die Erfahrungen zeigen, dass ein bedarfsgerechter Mitteleinsatz mit den aktuellen Förderinstrumenten nicht gewährleistet ist.

Baupauschalen erlauben per definitionem keinen gesteuerten Mitteleinsatz, der sich am regionalen Bedarf orientiert. In Bundesländern mit konsolidierter und spezialisierter Krankenhausstruktur können Investitionspauschalen unter Umständen ein geeignetes Förderinstrument sein. In Nordrhein-Westfalen mit seiner hohen Krankenhausedichte und der unzureichenden Spezialisierung der Krankenhäuser verstärkt die pauschale Förderung die Fehlentwicklungen. Das IGES-Gutachten empfiehlt daher, das Instrument einer gezielten Investitionskostenfinanzierung wieder zur Steuerung von Strukturveränderungen in der Krankenhausversorgung zu nutzen.

Kritisch ist in diesem Zusammenhang aber nicht allein die Förderung durch Baupauschalen zu bewerten, sondern auch die begrenzte Steuerungswirkung des Krankenhausplans. Der Krankenhausplan definiert den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses. Durch die Investitionsförderung hat das Land anschließend sicherzustellen, dass das Krankenhaus entsprechend ausgestattet ist, um den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Um Investitionen tatsächlich steuern zu können, muss bereits die Krankenhausplanung hinreichend präzise sein.

Der enge Zusammenhang zwischen Investitionsförderung und Krankenhausplanung zeigt sich noch in einem weiteren – bislang wenig beachteten – Punkt. Die Höhe des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser ist nicht objektiv zu bestimmen. Daher werden unterschiedliche Berechnungsmethoden bemüht, um das Ausmaß abzuschätzen. Alle diese Verfahren orientieren sich am Status Quo der Krankenhauslandschaft. Darauf hatte bereits der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2007 hingewiesen: „Allen Ermittlungsversuchen eines Investitionsstaus liegt jedoch implizit die Annahme zu Grunde, dass die gewährten Fördermittel effizient eingesetzt werden und keine Überkapazitäten existieren.“²

² SVR-Gesundheit 2007: Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Abgedruckt in: Deutscher Bundestag - Drucksache 16/6339, S. 184.

Das IGES-Gutachten zeigt jedoch sehr deutlich, dass im stationären Sektor in Nordrhein-Westfalen massive Überkapazitäten und Versorgungsredundanzen bestehen. Diese ineffizienten Strukturen aufrechtzuerhalten, erfordert unnötig Ressourcen. Eine Konzentration auf weniger Standorte würde zudem helfen, Fachkräfte effizienter einzusetzen. Dies erscheint vor dem Hintergrund des manifesten Fachkräftemangels – insbesondere im Pflegedienst – dringend geboten.

Diese Ausführungen zeigen: Der Krankenhausplanung kommt in Bezug auf die Investitionsförderung eine wichtige Rolle zu. Die Entwicklungen in der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen sind vor diesem Hintergrund kritisch zu sehen. Das IGES-Gutachten verdeutlicht, dass das Land und die Planungsbehörde mit dem Rückzug auf eine „Rahmenplanung“ bewusst auf verschiedene Instrumente zur Steuerung der Krankenhausversorgung verzichtet und so die Möglichkeiten zu einem gestaltenden Eingreifen reduziert haben. Die Steuerungsmöglichkeiten des Landes wurden insbesondere eingeschränkt durch

- einen weitgehenden Verzicht auf eine Teilgebietsplanung,
- eine unzureichende Regionalisierung der Versorgungsbedarfe als „Leitplanken“ für die regionalen Planungskonzepte,
- einen Verzicht auf eine prospektive Planung,
- einen Verzicht auf die Planung einer gestuften Krankenhausversorgung und
- einen Verzicht auf konkrete und wirksame Qualitätsvorgaben.

Indem das Land mit dem Rückzug auf eine „Rahmenplanung“ auf Eingriffsmöglichkeiten verzichtet hat, wurde vorrangig die Autonomie eigenwirtschaftlich handelnder Krankenhausträger gefördert.

Das IGES-Institut kommt abschließend zu dem Ergebnis, dass der Krankenhausplanung wieder eine aktivere Rolle in der Gestaltung der Krankenhausversorgung zukommen sollte. Die Autoren empfehlen,

- zumindest mittelfristig an der Teilgebietsplanung festzuhalten, da diese von allen Planungsinstrumenten am ehesten geeignet sein dürfte, die Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht zu gestalten und der Entdifferenzierung der Versorgungsangebote entgegenzuwirken;
- die Strukturen der Krankenhausversorgung stärker über klar operationalisierte, verbindliche Qualitätsvorgaben – insbesondere auch durch die eigene Setzung von Mindestmengenvorgaben – zu steuern;

- den Fokus auf eine erreichbarkeitsorientierte, gestufte Versorgung zu legen;
- angesichts der guten Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung in NRW, geltender Mindestmengenregelungen und Qualitätsvorgaben sowie im Hinblick auf eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung das Ziel der Standortkonzentration mit Nachdruck zu verfolgen und regionale Doppel- und Mehrfachstrukturen in unmittelbarer räumlicher Nähe abzubauen.

II. Würdigung der Forderungen

Zu Forderung 1 und 2:

Wir begrüßen die Initiative zur Erhöhung der Investitionsmittel. Als erste, schnell umzusetzende Maßnahme kann das vorgeschlagene Investitionsprogramm dringende Investitionsvorhaben finanzieren. Dabei ist sicherzustellen, dass die Mittel zielgerichtet eingesetzt werden. Es dürfen ausschließlich Maßnahmen gefördert werden, die auch für die Zukunft als bedarfsnotwendig angesehen werden. Das Ziel einer Konzentration der Krankenhausversorgung muss bei den Investitionsentscheidungen immer mitgedacht werden.

Zu Forderung 3:

Die angedachte Fördersumme von zwei Milliarden Euro entspricht etwa der Förderlücke von zwei Jahren. Das Investitionsprogramm kann lediglich kurzfristig Abhilfe schaffen. Wir begrüßen daher die Forderung, einen Vorschlag zur strukturellen Verbesserung zu erarbeiten.

Die Investitionsförderung kann nicht losgelöst von der Krankenhausplanung betrachtet werden. Ein Vorschlag zur strukturellen Verbesserung der bisherigen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen muss sich zwingend auch mit der Krankenhausplanung befassen.

Wir halten daher eine aktive Krankenhausplanung für erforderlich.

Die Planungsbehörden müssen von ihrer personellen und sachlichen Ausstattung her in der Lage sein, relativ eigenständig die notwendigen konzeptuellen Grundlagen für eine aktive Krankenhausplanung zu erarbeiten, den Planungsprozess zügig voranzutreiben und die Umsetzung des Krankenhausplans wirksam zu überwachen

Zur Stärkung der Planungskompetenz sollte auch die Gründung eines Planungsinstituts mit Beteiligung der Expertise der Krankenkassen und

Patientenorganisationen in Erwägung gezogen werden Die Einbindung der Expertise der Krankenkassen ist aus mehreren Gründen notwendig:

- Die Krankenkassen verfügen über Personalkapazitäten bzw. Expertise sowie Daten, um Planungsprozesse bzw. die Entwicklung von Planungskonzepten fundiert zu unterstützen.
- Insbesondere die Krankenkassen sind in der Lage, eine sektorenübergreifende Perspektive in den Krankenhausplanungsprozess einzubringen. Wie die aktuelle Diskussion über die Notfallversorgung beispielhaft verdeutlicht, ist eine stärker sektorenübergreifende Orientierung der Planung von Versorgungskapazitäten erforderlich.
- Die Vertretung von Versicherteninteressen sollte zudem auf die Optimierung von Krankenhausstrukturen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Zielsetzungen (Qualität, Erreichbarkeit, Kosten) ausgerichtet sein.
- Es könnte dem Umstand – und der damit verbundenen Kritik – Rechnung getragen werden, dass Krankenhausinvestitionen zunehmend aus den von den Krankenkassen gezahlten Leistungsvergütungen finanziert werden (müssen) („schleichende Monistik“), ohne dass den Krankenkassen ein Mitgestaltungs- bzw. -entscheidungsrecht bei der Krankenhausplanung zusteht.