

Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 14.9.2020 zum Gesetzesentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz - KHZG)“, BT-Drucksache 19/22126

Vorbemerkung

Am 14. September 2020 findet die öffentliche Anhörung zum geplanten Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) statt. Wir begrüßen, dass sich die regierende Koalition mit der Zukunft der Krankenhäuser auseinandersetzt und zusätzliche Finanzierungen zur Verfügung stellt. Wir sehen jedoch im vorliegenden Entwurf gravierende Mängel.

Leider wurden wir nicht um eine Stellungnahme gebeten. Wir sind eine Organisation, die sich seit 10 Jahren mit dem Thema Gemeingüter und Daseinsvorsorge beschäftigt, wozu auch die Krankenhäuser zählen. Wir möchten zum Entwurf des KHZG hiermit eine Stellungnahme abgeben und fordern Sie auf, Klaus Emmerich als Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung am 14. September 2020 einzuladen.

Klaus Emmerich war bis 31.08.2020 Klinikvorstand von zwei ländlichen Krankenhäusern in Bayern. Er veröffentlicht Fachbücher für den Krankenhausbereich, insbesondere zu den Themen Krankenhaussterben, Krankenhausstrategie und klinisches Prozessmanagement.

Mit dem vorgesehenen zeitlichen Ablauf des Gesetzgebungsverfahrens wird eine demokratische Beteiligung nicht gewährleistet, die betroffene Bevölkerung durch Vertretungsorgane nicht hinreichend einbezogen, obwohl das Gesetz von weitreichender Bedeutung ist. Die Eile kritisieren wir aufs schärfste. Auch die Feststellung, dass das Gesetz nicht zustimmungspflichtig durch den Bundesrat ist, können wir nicht nachvollziehen, da die Länder unmittelbar davon betroffen sind.

Ausgangslage

Deutschlands Krankenhausversorgung steckt tief in der Krise. Immer mehr öffentliche und freigemeinnützige Kliniken schließen, weil sie insolvent sind. Besonders betroffen sind kleine Kliniken in ländlichen Gebieten. Aber auch in den Zentren schreiben öffentliche Kliniken tiefrote Zahlen.

In den letzten 30 Jahren wurden 486 Kliniken geschlossen – mehr als eine Klinik pro Monat. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der PatientInnen (die Fallzahlen) um 33 Prozent. Möglich wurde das durch eine immer kürzere Verweildauer (1992: 13,3 Tage, 2019: 6,7 Tage).

88 Prozent der Befragten sind laut einer von GiB beauftragten repräsentativen Forsa-Umfrage gegen weitere Krankenhausschließungen. Eine weitere Forsa-Umfrage vom Juli 2020, beauftragt vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands, ergab, dass die wohnortnahe Krankenhausversorgung für 93 Prozent der Befragten wichtig oder sehr wichtig ist.

Wenn es um die Zukunft der Krankenhäuser geht, muss vor allem die Frage der Krankenhausschließungen thematisiert werden und dagegengesteuert werden. Die Krankenhäuser waren bei der ersten Pandemiewelle im März und April 2020 ein unverzichtbarer Baustein zur Bewältigung der Corona-Krise. Alle Krankenhäuser wurden gebraucht! Die Lösung für die Zukunft der Krankenhäuser darf deshalb nicht in einem weiteren Bettenabbau und einer weiteren

Standortkonzentration bestehen. Unsere Kritik am vorgelegten Gesetzesentwurf im Hinblick auf die genannten Punkte ist wie folgt:

Bewertung des Gesetzesentwurfs

Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) mit den Säulen einer erweiterten bundesweiten Investitionsförderung von Krankenhäusern und einer Ausgleichsregelung für coronabedingte Erlösausfälle 2020 der Krankenhäuser ist grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings greift das Gesetz nicht weit genug. Den bundesdeutschen Krankenhäusern fehlen jährlich ca. 3 Mrd. € für notwendige Investitionen in Krankenhausgebäude, Medizintechnik, IT und sonstige Ausstattung. Die über Jahre gestreckte Einmalfinanzierung im Umfang von 3 Mrd. € ist ein erster Schritt, reicht jedoch nicht aus, um den Gesamtinvestitionsbedarf der Krankenhäuser abzudecken.

Die Ausgleichsregelungen für coronabedingte Erlösausfälle der Krankenhäuser im Jahr 2020 sind notwendig, lassen aber viele Detailfragen in der Umsetzung offen. Es ist zu befürchten, dass die erforderlichen Entgeltverhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen angesichts offener Umsetzungsfragen sehr kontrovers verlaufen bzw. vor der Schlichtungsstelle landen werden. Vermisst wird im vorliegenden Gesetzentwurf eine Regelung, wie Krankenhäuser im Jahr 2020 ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur sachgerechten Leistungsplanung 2020 und abzuleitenden Entgeltverhandlung 2020 nachkommen sollen. Niemand kann absehen, ob eine nächste Pandemiewelle zu weiteren Leistungseinschränkungen der Krankenhäuser führen wird. Falsch prognostizierte Leistungen werden aber mit hohen Abschlägen sanktioniert (Fixkostendegressionsabschlag oder Mehrleistungsabschlag).

1) Investitionsprogramm verstetigen

"§ 14a Krankenhauszukunftsfonds

(1) Beim Bundesamt für Soziale Sicherung wird aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von insgesamt 3 Milliarden Euro errichtet."

Kommentar:

3 Mrd. € für Investitionen in Krankenhäuser sind begrüßenswert. Allerdings: Die bereitgestellten 3 Mrd. € für Investitionen in Krankenhäuser gibt es nicht sofort und nur einmalig. Sie werden lt. § 12a Krankenhausfinanzierungsgesetz bis einschließlich 2024 gestreckt. Der größere Anteil, nämlich 2 Mrd. €, fällt erst im Jahr 2024 an.

Der Strukturfonds zur bundesweiten Stärkung der Investitionsfinanzierung wird um 2 Jahre von 2022 auf 2024 verlängert. Benötigt werden aber dauerhaft 3 Mrd. Euro jährlich statt einer Streckung der Mittel.

2) Keine Finanzierung von Schließungen

Aktuell werden die Mittel des Krankenhausstrukturfonds zur Finanzierung von Bettenabbau und Krankenhausschließungen eingesetzt. Die bisherigen Mittel aus dem Strukturfonds, die bis 2022 zur Schließung von Krankenhäusern oder Bettenreduzierung verwendet werden, sollten stattdessen umgewidmet und dem Krankenhauszukunftsfonds zugefügt werden.

Dies entspricht dem Wunsch der Bevölkerung laut einer repräsentativen Forsa-Umfrage, die von Gemeingut in BürgerInnenhand Ende Juni 2020 beauftragt wurde. Danach finden es 85 % der Befragten nicht sinnvoll, dass Krankenhausschließungen und Bettenabbau vom Staat finanziell gefördert werden.

3) Keine Finanzierung von Bettenabbau

„§ 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 19 Förderungsfähige Vorhaben

(1) Nach § 14a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden folgende Vorhaben, insbesondere zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts von Patientinnen und Patienten, gefördert: ...

11. Vorhaben zur Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie, insbesondere durch Umwandlung von Zimmern mit mehr als zwei Betten in Ein- oder Zweibettzimmer, sofern das Vorhaben zu einer entsprechenden Verringerung der Zahl der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten führt.“

Kommentar:

Der Gesetzgeber benutzt die Corona-Pandemie dazu, durch die Umwandlung der Mehrbettzimmer in Ein- oder Zweibettzimmer, die Bettenzahl dauerhaft zu reduzieren. Zu Corona-Zeiten, wo PatientInnen einzeln und isoliert in Zweibettzimmern lagen, wurden in beachtlichem Umfang unbelegte Betten für weitere Corona-PatientInnen freigehalten, Doppelzimmer als Einzelzimmer verwendet und somit geplante stationäre PatientInnenaufenthalte zurückgefahren, z.B. auch wichtige geplante Krebsoperationen verschoben.

Durch den geplanten Abbau von Betten werden die während der Corona-Pandemie entstandenen Wartezeiten auf Behandlungen zum Dauerzustand. Es kann nicht das Ziel der Regierung sein, das größere Wartezeiten auf notwendige Operationen in Kauf genommen werden, um Kosten im Gesundheitswesen einzusparen.

Der Passus zu § 19 Pos. 11: "*... sofern das Vorhaben zu einer entsprechenden Verringerung der Zahl der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten führt.*" ist ersatzlos zu streichen.

4) Keine Beteiligung der Krankenhäuser an der Investitions-Finanzierung

Nach § 14a Abs. 5 Nr. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz ist neben der 70%-igen Förderung durch die Bundesregierung eine anteilige 30%-ige Förderung durch die Bundesländer oder die Klinikträger vorgesehen.

Kommentar:

Den Klinikträgern fehlen die finanziellen Ressourcen, um sich an den Investitionsausgaben zu beteiligen. Die finanzielle Beteiligung der Krankenhäuser an diesem Investitionsprogramm ist zu streichen.

5) Präzise Regelungen zu Ausgleichen für Erlösrückgänge

§ 14b Abs. 10, 11 Krankenhausfinanzierungsgesetz regelt den Ausgleich möglicher Unterfinanzierungen von Krankenhäusern im Jahr 2020 aufgrund bewusst unbelegter Krankenhausbetten für eventuell zu behandelnde Corona-Patienten.

Kommentar:

Zu begrüßen ist, dass Erlösrückgänge, die Krankenhäusern im Corona-Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr 2019 entstanden sind, auf Verlangen des Krankenhauses mit den Krankenkassenverbänden verhandelt und ggf. ausgeglichen werden können. Leider sind hier keine bundeseinheitlichen Kriterien festgesetzt. Die krankenhaushausindividuellen Entgeltverhandlungen 2021 zum Ausgleich der Erlösausfälle 2020 werden dadurch sicherlich sehr kontrovers geführt. Auch ist die Forderung, lediglich Corona-bedingte Erlösrückgänge auszugleichen, in der Praxis kaum durchführbar (Abs. 10). Welches Verfahren

kann feststellen, inwieweit PatientInnenrückgänge im Jahr 2020 ausschließlich mit Corona-bedingter Minderbelegung von Krankenhausbetten zu begründen ist?

Ein Rückgang der Erlöse in 2020 ist vorbehaltlos auszugleichen.

6) 2020: Abschlagfreie Steigerung. 2021: Ablösung der Fallpauschalen

Krankenhäuser sind im Jahr 2020 (wie in allen Jahren) gesetzlich verpflichtet, im Rahmen individueller Entgeltverhandlungen mit den Krankenkassen ihre stationären Leistungen zu planen und zu vereinbaren. Für das Jahr 2020 ist eine solche Prognose nicht möglich.

Abweichungen zu den vereinbarten Leistungen sind mit hohen Abschlägen sanktioniert. Aufgrund der Unklarheit, ob es im Herbst 2020 zu einer zweiten Pandemiewelle mit bewusster Freihaltung von Krankenhausbetten für Corona-PatientInnen kommen könnte, sind vereinbarte Klinikleistungen 2020 mit einem besonderen Schätzungsrisiko behaftet. Leider fehlen noch immer gesetzliche Vorgaben, um dieses Schätzungsrisiko abzumildern.

Gefordert wird, jedem Krankenhaus im Jahr 2020 risikolos (d.h. ohne Fixkostendegressionsabschlag) eine geplante Leistungssteigerung gegenüber dem Vorjahr 2019 einzuräumen. Die Vereinbarung 2019 sollte jedes Krankenhaus - sofern es diese Option wählt - mit einer Steigerung um bis zu 10 % abschlagsfrei in eine Vereinbarung 2020 überführen können. Erst im Jahr 2021 muss ein Fixkostendegressionsabschlag für alle Leistungen entrichtet werden, die die vereinbarten Leistungen 2019 übersteigen.

Besser wäre eine vollständige Ablösung der DRG-Fallpauschalenabrechnung durch monatliche Finanzierungsbeträge an die Krankenhäuser, so wie es die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu Beginn der Corona-Pandemie gefordert hatte. Diese sind im Folgejahr gegen die testierten stationären Aufwendungen der Krankenhäuser vollständig auszugleichen.

Forderungen:

Die aktuelle Corona-Pandemie verweist auf den Kernauftrag der Krankenhäuser, Leben zu schützen und zu retten. Krankenhäuser sind deshalb Bestandteil der Öffentlichen Daseinsvorsorge und dürfen nicht marktwirtschaftlich gesteuert werden. Daraus resultieren folgende Forderungen:

1. Kein Krankenhaus darf mehr schließen. Insolvente und akut von Insolvenz bedrohte Kliniken werden vom Staat aufgefangen, ihr Weiterbetrieb wird öffentlich abgesichert, notwendige Investitionen werden bezahlt.
2. Die Schließungsförderung über den Krankenhausstrukturfonds wird sofort gestoppt.
3. Das Krankenhauspersonal wird erheblich aufgestockt, und seine Bezahlung und Arbeitsbedingungen werden verbessert, um Überlastung zu verhindern und Abwanderung zu reduzieren.
4. Klinisch notwendige Behandlungen entziehen sich jeder Planung. Die gesetzlich vorgeschriebene leistungsbezogene Planung, Verhandlung und Abrechnung von Fallpauschalen (DRG-System) wird durch ein kostendeckendes Abrechnungssystem ersetzt.
5. Die Krankenhäuser werden in den Zentren und auf dem Land mit ausreichenden Intensivstationen, Isolierstationen, Beatmungseinheiten, Schutzkleidungen sowie diagnostischen Mitteln und Medikamenten ausgestattet – so dass sie vorbereitet sind für Versorgungen bei Pandemien, Epidemien und Endemien.

6. Die Betten- und Personalausstattung der Krankenhäuser wird unter Einbezug von Jahresspitzen, Katastrophen und Pandemien geplant, anstelle der bisherigen Auslegung nach jahresdurchschnittlicher Auslastung.
7. In den derzeit unterversorgten Regionen Deutschlands wird die Zahl der Betten, Notaufnahmen, Intensiv- und Geburtsstationen etc. durch Förderung der öffentlichen Kliniken auf das notwendige Maß angehoben.

Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) tritt ein für die Bewahrung und Demokratisierung öffentlicher Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Gemeingüter wie Wasser, Bildung, Gesundheitsversorgung, Mobilität und Energie sollen unter demokratische Kontrolle zurückgeführt werden. Ein Schwerpunkt von GiB ist die Aufklärung über Privatisierung und Öffentlich-private Partnerschaften (ÖPP).

Weitere Informationen: <https://www.gemeingut.org/krankenhausschliessungen/>