

Griff in den Fonds

Mit dem Strukturfonds wird erstmals das Problem der stationären Überkapazitäten adressiert. Und erstmals soll Geld in die Hand genommen werden, um Krankenhausträgern einen sozial verträglichen Marktaustritt zu erleichtern. Dies kann jedoch nur ein Anfang sein.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber



Dr. Wulf-Dietrich Leber
ist Leiter der Abteilung
Krankenhäuser im
GKV-Spitzenverband

Der Handlungsbedarf ist unbestritten und zeigt sich schon bei einem Blick auf die Nachbarländer. Dänemark hat die Zahl seiner Krankenhausstandorte auf 40 reduziert. Das in Fläche und Einwohnerzahl vergleichbare Bundesland Niedersachsen meint, noch 170 Krankenhausstandorte zu benötigen. Und auch der inzwischen klassische Vergleich Niederlande – Nordrhein-Westfalen (NRW) soll nicht fehlen: Bei vergleichbarer Fläche und Zahl an Einwohnern haben die Niederlande 130, NRW jedoch fast 400 Krankenhausstandorte. Es geht dabei nicht um das einsame, kleine Krankenhaus auf dem Lande, es geht um die Überkapazitäten in den Ballungsgebieten. Im Ruhrgebiet besteht eine „Rollatorentfernung“ zwischen den Krankenhäusern.

Aber wer schließt die Krankenhäuser? Eine Analyse zu Krankenhausschließungen im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes zeigt, dass in den vergangenen Jahren immer der Krankenhausträger der entscheidende Akteur war. In keinem Fall hat das Land oder haben die Kassen die Initiative ergriffen. So ist es

denn konsequent, dass ein Programm aufgelegt wird, das jene Krankenhausträger unterstützt, die bereit sind, zur Beseitigung von Überkapazitäten beizutragen.

Ein Blick in den Gesetzentwurf und die Änderungsanträge des Bundesrates zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) lässt jedoch Zweifel aufkommen, ob hier wirklich den Krankenhausträgern geholfen werden soll oder ob da nicht eher die Finanzminister der Länder in den Gesundheitsfonds greifen wollen. Das beginnt mit der Antragstellung. Gemäß Gesetzentwurf sind die Länder antragsberechtigt – und nicht die Krankenhausträger. Dies könnte dazu führen, dass für Marktaustritte kaum Mittel abgerufen werden, da sich das jeweilige Landesgesundheitsministerium mit aktiver Krankenhausschließung profilieren müsste. Die Erfahrung der Vergangenheit zeigt, dass sie dies nicht tun. Alle Schließungen der vergangenen Jahre sind – wie erwähnt – Entscheidungen von Krankenhausträgern gewesen. Die zweifellos notwendige Bereinigung des Krankenhausmarktes wird nur ge-

lingen, wenn man sie nicht als landesplanerischen Vorgang, sondern als Marktregulierung mithilfe von Marktaustrittshilfen auf den Weg bringt.

Umgehungsstrategie der Länder

Skeptisch macht auch die Regelung der zuvor groß angekündigten Kofinanzierung der Länder. Damit sich auch die Länder an der Umstrukturierung beteiligen, waren zwei Hürden vorgesehen: Erstens sollten nur jene Länder Mittel erhalten, deren Fördervolumen im Vergleich zu den Jahren 2012 bis 2014 nicht noch weiter sinken sollte. Zweitens sollen nur dann Mittel fließen, wenn sich das Land am Marktaustritt (beziehungsweise an der Umstrukturierung) mit einem Betrag in gleicher Höhe beteiligt. Selbstredend sind das Hindernisse beim Zugriff auf die Bundesbeitragsmittel, die die Länder nun schleifen wollen.

So sieht einer der Änderungsanträge des Bundesrates vor, dass nicht mehr der Zeitraum 2012 bis 2014 für die Fördersumme relevant sein soll; alternativ soll auch der niedrigere Wert von 2015 reichen. Für die Kofinanzierung sieht auf Druck der Länder bereits der Gesetzentwurf eine Umgehungsstrategie vor: Statt der Länder kann auch der Krankenhausträger das Geld zur eigenen Schließung beisteuern. Absehbar wird dies dazu führen, dass die Länder beim Bundesversicherungsamt nur jene Maßnahmen beantragen werden, für die der Krankenhausträger die Kofinanzierung gleich mitbringt. Am Ende wird es gar keine Länderbeteiligung an den Umstrukturierungen geben, und das großartig angekündigte Milliardenprogramm wird auf die 500 Millionen Euro eingedampft, die man dem Gesundheitsfonds entnimmt.

Nichts Gutes steht auch zu erwarten, wenn man die Diskussionslage zu den Förderkriterien kritisch verfolgt. Vom Abbau der Überkapazitäten ist da immer weniger die Rede. Vielmehr geht es auf einmal um Umstrukturierung, Förderung

der Palliativmedizin und vieles mehr – um Maßnahmen also, die eigentlich im Rahmen der normalen Investitionsförderung bezahlt werden müssten.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat sogar schon offiziell die Veruntreuung von Beitragsgeldern gefordert: Sie will die Fondsgelder für EDV-Projekte verwenden, was mit Marktaustritten herzlich wenig zu tun hat. Es wird immer mehr offenbar, dass der Strukturfonds als Ersatzlösung für unterlassene Investitionsförderung herhalten soll.

Bis zur finalen Lesung in Bundestag und Bundesrat bleibt zum Glück noch etwas Zeit. Da wird man vielleicht auch Regelungsmechanismen finden, wie denn die privat Versicherten am Strukturfonds zu beteiligen sind. Nach jetzigem Entwurfsstand werden die Beitragsmittel der gesetzlich Versicherten herangezogen, für die private Krankenversicherung enthält der Gesetzentwurf jedoch keine konkrete Lösung. Denkbar ist eine Direktzahlung der Versicherungen oder eine Zuschlagslösung. Es sei der kleine Hinweis erlaubt, dass auch der Innovationsfonds einen solchen Webfehler enthält.

Traditionalisten mögen einwenden, dass der gesamte Strukturfonds eine Art Eingriff in die Landesautonomie darstellt. Ihnen ist entgegenzuhalten, dass sich im KHSG ein ganz grundsätzlicher Paradigmenwandel vollzieht, der sich auf die kurze Formel bringen lässt: „Von der Landesplanung zur Marktregulierung“. Gemäß Gesetzentwurf wird im SGB V ein neuer § 136c geschaffen, demzufolge der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Kriterien für die Sicherstellung formuliert. Insbesondere sollen Vorgaben beschlossen werden zur Erreichbarkeit, zu geringem Versorgungsbedarf und zur Vorhaltung von Leistungen, die für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen sind. Die bislang landesplanerische Entscheidung über die Notwendigkeit eines Krankenhauses wird also durch ein bundesweit gültiges Regelwerk ersetzt.

Dies ist ein grundlegender Wandel: Gemäß dem tradierten, weitestgehend paternalistisch konzipierten Krankenhausrecht baute ein weiser, gütiger Landesvater überall dort, wo er die Notwendigkeit sah, ein Krankenhaus. Er achtete auf Trägervielfalt, und er achtete auf die Qualität. Inzwischen wandelt sich die Welt. Ein Großteil der Investitionen wird nunmehr aus DRG-Erlösen generiert. Die Trägervielfalt wird nicht mehr landesplanerisch garantiert, sondern vom Bundeskartellamt, und die Qualität schließlich wird durch G-BA-Verfahren gesichert.

Ein Regelwerk fehlt noch

Dieser G-BA bekommt nun auch die Aufgabe, rationale Kriterien für die Sicherstellung der stationären Versorgung zu formulieren. Er ist damit eine Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung – eine Rolle, die er übrigens schon im Arzneimittelmarkt (Festbetragsgruppen, Zusatznutzen im AMNOG-Verfahren) und in der ambulanten Versorgung (Bedarfsplanung) unbestritten innehat.

Der Strukturfonds und die bundesweite Definition von Sicherstellungszuschlägen dürften wahrscheinlich nur der Einstieg in eine umfassendere Marktregulierung sein. Es fehlen neben den Bestandsschutzregelungen (Sicherstellungszuschlag) und Marktaustrittshilfen (Strukturfonds) vor allem Regeln zum Marktzugang und zur Kapazitätsbegrenzung. Wenn sich hierfür ein überzeugendes Regelwerk herausgebildet hat, dann dürfte es nur noch eine Frage der Zeit sein, bis in puncto Krankenhausplanung auch verfassungsrechtlich nachjustiert wird.

Sind Sie anderer Meinung?

Schreiben Sie uns:

ansichtssache@bibliomed.de