

Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser

von Uwe Klein-Hitpaß¹, Wulf-Dietrich Leber² und David Scheller-Kreinsen³

ABSTRACT

Im Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes wird erstmalig die Problematik stationärer Überkapazitäten angegangen. Aus Mitteln des Gesundheitsfonds wird ein Strukturfonds zur Umstrukturierung in Höhe von 500 Millionen Euro eingerichtet. Eine Kofinanzierung von Maßnahmen seitens der Länder ist vorgesehen. Entscheidend für die Wirksamkeit des Fonds wird die Definition von Vergabekriterien sein. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung sollte es einen Vorrang für Standortschließungen geben, ein komplementärer Kapazitätsaufbau ist zu vermeiden. Es gilt die Gefahr abzuwenden, dass der Strukturfonds von den Ländern als Ersatz für unterlassene Investitionsförderungen missbraucht wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält durch das Krankenhaus-Strukturgesetz Aufgaben im Bereich einer qualitäts- und erreichbarkeitsorientierten Krankenhausplanung. Damit vollzieht sich ein Paradigmenwechsel von der Landesplanung zur Marktregulierung.

Schlüsselwörter: Strukturfonds, Krankenhausreform, Überkapazität, Krankenhaus-Strukturgesetz, Krankenhausschließung, Krankenhausplanung, Investitionen, Krankenhausfinanzierung

The draft of the Krankenhaus-Strukturgesetz is the first legislative initiative that addresses the problem of hospital overcapacities. It establishes a so-called structural fund, which will receive 500 million Euros from the health fund for restructuring measures. The Länder are supposed to co-finance this new fund. The criteria for allocating means will largely determine its effectiveness. According to the statutory health insurance associations closing hospitals should be preferred to building up complementary capacities. The threat of draining the structural fund in order to finance investment (which is actually an obligation of the Länder) should be avoided. According to the Krankenhaus-Strukturgesetz the Federal Joint Committee gets new responsibilities regarding hospital planning in the field of quality and access regulation. This constitutes a paradigm shift away from planning on the Länder level towards market regulation.

Keywords: hospital reform, overcapacity, hospital planning, hospital financing, funds for structural adjustments, financing of infrastructure, "Krankenhaus-Strukturgesetz"

1 Strukturfonds im Krankenhaus-Strukturgesetz

Der Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG, *BMG 2015*) adressiert erstmalig die in Deutschland vorhandenen stationären Überkapazitäten und leitet einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung ein. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erhält eine Vielzahl

von zusätzlichen Aufgaben, die auch weit in die Planung der stationären Kapazitäten hineinreichen. Ein auf Bundesebene neu zu schaffender Strukturfonds soll Marktaustritte finanzieren und damit den notwendigen Kapazitätsabbau initiieren.

Nachdem die Idee eines Strukturfonds bereits Ende 2013 im Entwurf des Koalitionsvertrages aufgetaucht ist, in letz-

¹ Dipl.-Volksw. Uwe Klein-Hitpaß, GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser, Reinhardtstr. 28 · 10117 Berlin · Telefon: 030 206288-2204
Telefax: 030 206288-82204 · E-Mail: uwe.klein-hitpass@gkv-spitzenverband.de

² Dr. rer. pol. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser, Reinhardtstr. 28 · 10117 Berlin · Telefon: 030 206288-2200
Telefax: 030 206288-82200 · E-Mail: wulf-dietrich.leber@gkv-spitzenverband.de

³ Dr. rer. oec. David Scheller-Kreinsen, GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser, Reinhardtstr. 28 · 10117 Berlin · Telefon: 030 206288-2213
Telefax: 030 206288-82213 · E-Mail: david.scheller-kreinsen@gkv-spitzenverband.de

ter Minute aber wieder gestrichen wurde, wurde diese im Folgejahr in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die bis Ende 2014 die Eckpunkte zur aktuellen Krankenhausreform erarbeitet hat, wieder auf die politische Agenda gehoben. Diese in den Eckpunkten vereinbarte Maßnahme wurde nun im Entwurf zum KHSG weiter konkretisiert und gesetzlich fixiert.

Gemäß den nun vorliegenden Regelungen des KHSG soll für die Jahre 2016 bis 2018 auf Bundesebene ein Strukturfonds errichtet werden, aus dem strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden sollen. Aus dem Fonds können neben dem Abbau und der Umwidmung von Bettenkapazitäten auch strukturverbessernde Investitionen mitfinanziert werden, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben. Gefördert werden dürfen nur neue Vorhaben, deren Umsetzung im Förderzeitraum beginnt. Hierfür werden 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds abgezogen. Die Aufteilung der Mittel auf die Bundesländer erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel (Bevölkerungszahl ein Drittel, Steueraufkommen zwei Drittel).

Zusätzlich zu den 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds sollen die Bundesländer ebenfalls 500 Millionen Euro als Kofinanzierung bereitstellen. Den Bundesländern wird dabei die Möglichkeit eingeräumt, auf den von ihnen zu zahlenden Anteil eine Beteiligung des Trägers der fördernden Einrichtung anzurechnen. Darüber hinaus darf die private Krankenversicherung (PKV) freiwillig das Fördervolumen des Strukturfonds aufstocken. Insgesamt steht den deutschen Krankenhäusern damit ein Betrag von bis zu einer Milliarde Euro zur Verfügung. Voraussetzung für die Abrufung der Mittel aus dem Strukturfonds ist, dass die jährlichen Investitionen des jeweiligen Landes im Zeitraum von 2016 bis 2018 die durchschnittlichen für Investitionen ausgewiesenen Haushaltsmittel der Jahre 2012 bis 2014 nicht unterschreiten. Von einem Bundesland nicht bis Mitte 2017 abgerufene Mittel sollen für Vorhaben in anderen Bundesländern bereitgestellt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) regelt vorab per Rechtsverordnung die Verteilung der nicht bis zu diesem Zeitpunkt ausgeschöpften Mittel.

2 Überkapazitäten in Ballungsgebieten

Erstmals werden durch die Einrichtung des Strukturfonds stationäre Überkapazitäten auch offiziell in der Bundesgesetzgebung adressiert. Der GKV-Spitzenverband hatte bereits im Vorfeld der Koalitionsgespräche im Jahr 2013 Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser gefordert, um den Überkapazitäten in Ballungsgebieten angemessen begegnen zu können (*GKV-Spitzenverband 2013*).

Dass Überkapazitäten in Ballungsgebieten existieren, steht außer Frage. Es ist offenkundig, dass sich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich durch eine außerordentlich hohe Krankenhausedichte auszeichnet. Anschaulich wird dies nicht erst durch den Vergleich der Niederlande mit Nordrhein-Westfalen (NRW). Bei gleicher Fläche und gleicher Einwohnerzahl kommen die Niederländer mit 130 Krankenhäusern aus, in NRW sind es rund 400. Ähnliches gilt für die Zahl der Betten. Diese Überkapazitäten sind ein Hauptgrund für die problematischen Mengenentwicklungen in den vergangenen Jahren (*Klein-Hitpaß et al. 2014*). Im internationalen Vergleich weist nur Österreich eine höhere Fallzahl pro 100 Einwohner auf (*Schönstein und Kumar 2013; HCHE 2014*).

Eine naheliegende Frage könnte in diesem Zusammenhang lauten: Warum wird nicht steuernd eingegriffen, um die Strukturen anzupassen und die Leistungsmengenentwicklung in vernünftige Bahnen zu lenken? Es müsste möglich sein, Leitplanken für eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung zu definieren. Die formale Kompetenz für die Steuerung der Krankenhauskapazitäten, und damit implizit der stationären Leistungsmengen, liegt bei den Bundesländern, die die Krankenhausstruktur planen. Hier wird vorgeschrieben, welche Standorte, Fachabteilungen und zum Teil welche Betten vorgehalten werden müssen, und es muss dabei theoretisch eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sichergestellt werden.

Jedoch kommen die Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung ihrer Hauptfunktion, nämlich der Steuerung von stationären Kapazitäten und somit auch der Leistungsmengen, nicht mehr sachgerecht nach, da sie über wichtige Parameter der stationären Versorgung entscheiden, aber nur noch einen marginalen Teil der entstehenden Kosten tragen. In der Finanzwissenschaft wird diese Konstellation als Verletzung der fiskalischen Äquivalenz bezeichnet, die mit schweren volkswirtschaftlichen Verwerfungen einhergeht (*Olson 1969*). Die unerwünschten Folgen einer solchen dauerhaften Verletzung dieses Prinzips lassen sich an der teilweise massiven Überversorgung ablesen (*Leber und Scheller-Kreinsen 2012*).

Vor diesem Hintergrund muss klargestellt werden, dass mit dem Strukturfonds vordringlich Marktaustritte, das heißt die Schließung oder Umwandlung von kompletten Krankenhausstandorten oder Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungsangebote, förderungswürdig sind.

Zweifelsohne hat es in den vergangenen Jahren einige Krankenhausschließungen gegeben, allerdings nicht in dem Umfang, wie es die Statistiken zur Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser suggerieren. Es lohnt eine genauere Betrachtung der Marktaustritte der vergangenen zehn Jahre.

3 Marktaustritte 2003 bis 2013

Das Bild einer vom Wandel kaum erfassten deutschen Krankenhauslandschaft (*Leber und Scheller-Kreinsen 2012*) kontrastiert mit der These vom „Kliniksterben“, derzufolge die mangelnde Finanzierung im großen Umfang zur Schließung von Kliniken führt. In der Tat geht die Zahl der Krankenhäuser zurück. Eine Betrachtung der Jahre 2003 bis 2013 (also jener letzten zehn Jahre, in denen die DRG-Fallpauschalen eingeführt wurden) zeigt laut Statistischem Bundesamt einen Rückgang um 204 auf 2.017 Krankenhäuser. Eine detaillierte Untersuchung im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes (*Preusker et al. 2014*) zeigt jedoch, dass von diesen 204 nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäusern nur 74 (das sind 36 Prozent) auf einen vollständigen Marktaustritt zurückzuführen sind. In den meisten Fällen handelt es sich um Fusionen und Standortverlagerungen. Die Zahl der Marktaustritte zeigt keinen eindeutigen Trend und verteilt sich halbwegs gleichmäßig auf die Jahre 2003 bis 2013.

Im gesamten Untersuchungszeitraum wurden vor allem kleinere Krankenhäuser geschlossen; sie verfügten im Durchschnitt über 70 Betten. Ordnet man die Marktaustritte von Krankenhäusern nach siedlungsstrukturellen Kreistypen gemäß Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (*BBSR 2011*), so haben 70 Prozent der Marktaustritte in städtischen Kreisen und kreisfreien Großstädten sowie ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen stattgefunden. Die These, dass vor allem kleine Häuser auf dem Lande „sterben“, findet keinen Beleg. Ein regionaler Schwerpunkt lässt sich ebenfalls nicht identifizieren. Ähnlich erwartungstreu ist auch die Auswertung nach Trägern: Öffentliche, freigemeinnützige und private Träger sind gleichermaßen an den Marktaustritten beteiligt. Arbeitet man die Geschichte der einzelnen Krankenhausschließungen im Sinne einer narrativen Ökonomie auf, so lassen sich einige Muster identifizieren (*Preusker et al. 2014, 85 ff.*):

- Krankenhausschließungen sind langjährige Prozesse und laufen in der Regel in mehreren Stufen ab.
- Oft zeigen sich Restrukturierungsversuche unter Einsatz von zum Teil hohen Finanzmitteln, um die drohende Schließung abzuwenden – und dies trotz erheblicher, vielfach öffentlich bekannter Zweifel am Erfolg solcher Umstrukturierungsmaßnahmen.
- Häufig wird versucht, das Krankenhaus oder den Standort zu veräußern.

Der wesentliche Akteur bei Marktaustritten ist der Krankenhausträger. Eine große Rolle spielen zudem das Klinikmanagement und die Aufsichtsgremien sowie die Lokalpolitik und die regionalen Presseorgane. Die Landesplanungsbehörden sowie die Kostenträger spielen eher eine untergeordnete Rolle. Eine finanzielle Förderung des Marktaustrittes konnte nur bei fünf der 74 Krankenhausschließungen identifiziert werden. Es gab

keinen Fall von Schließung aufgrund von Überkapazitäten. Auch Qualitätserwägungen haben bei bisherigen Marktaustritten keine Rolle gespielt.

Insgesamt zeigt die Studie, dass Krankenhausschließungen möglich sind, sie aber im vergangenen Jahrzehnt nur in solch geringem Maße stattgefunden haben, dass von einer Strukturereinigung nicht die Rede sein kann. Es stellt sich die Frage, wie dieser Prozess beschleunigt werden kann. Die Erfahrungen zu den tatsächlichen Marktaustritten der vergangenen Jahre sollten bei der Auswahl der Maßnahmen zur Kapazitätsreduzierung und damit bei der Konstruktion des Strukturfonds berücksichtigt werden.

4 Handlungsbedarf bei der Ausgestaltung des Strukturfonds

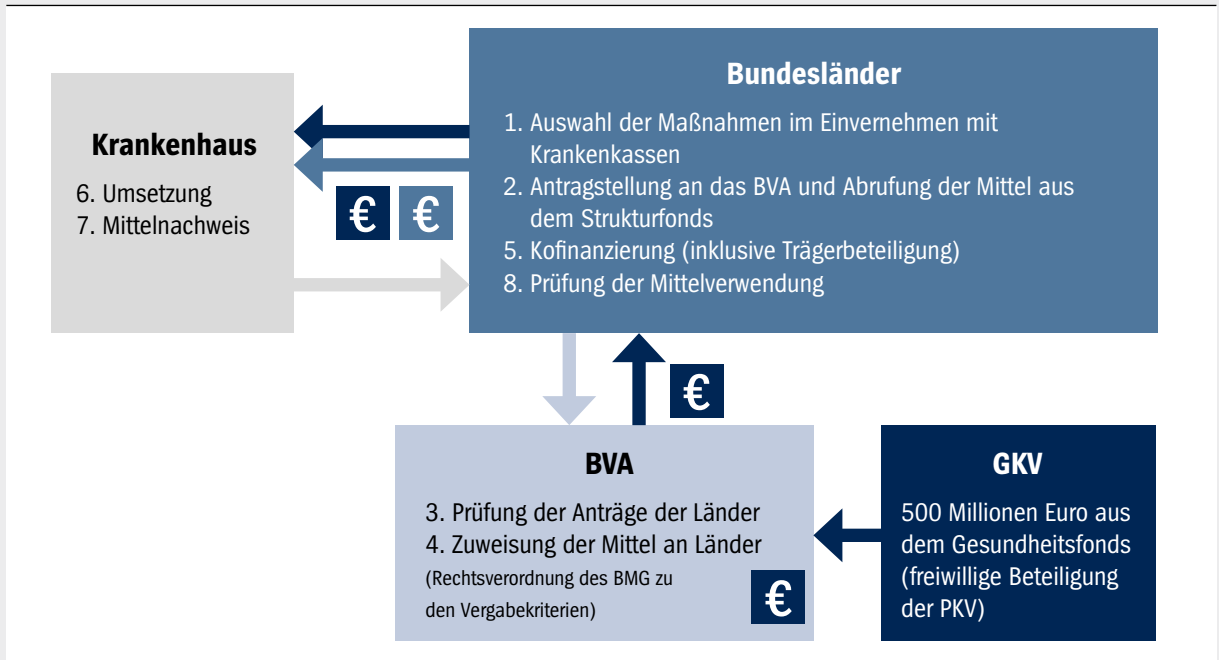
In der im KHSG gewählten Funktionsweise des Strukturfonds nehmen die Bundesländer die zentrale Rolle ein (Abbildung 1). Neben der Auswahl der zu fördernden Vorhaben [1], die im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene erfolgen soll, stellt das jeweilige Bundesland die Förderträge an das Bundesversicherungsamt (BVA) [2] und ruft die entsprechenden Mittel aus dem Strukturfonds ab. Das BVA prüft in diesem Zusammenhang die Anträge [3] anhand der vorab vom BMG per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegten Vergabekriterien und zahlt die Fördermittel an das Land aus [4]. Von Seiten der Bundesländer erfolgt eine Kofinanzierung der Fördermaßnahme in gleicher Höhe (unter Anrechnung der entsprechenden Trägerbeteiligung) [5]. Das Krankenhaus wiederum setzt das Vorhaben um [6] und legt den Ländern einen Mittelnachweis vor [7]. Die Länder prüfen die Nachweise und damit die zweckentsprechende Mittelverwendung [8]. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind unverzüglich an das BVA zu erstatten. Die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der vorab 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds entzogen werden, reduziert sich im Wesentlichen auf eine Beteiligung bei der Auswahl der Fördermaßnahmen auf Landesebene und die Mittelbereitstellung auf Bundesebene. Darüber hinaus hat auf Seiten der Kostenträger die PKV die Möglichkeit, freiwillig zusätzliche Mittel in den Strukturfonds einzuzahlen. Die im Gesetzentwurf angedachte Funktionsweise des Fonds offenbart insbesondere die im Folgenden dargestellten Mängel.

PKV-Beteiligung sicherstellen

Ein eklatanter Fehler ist, dass die PKV im Rahmen der Ausarbeitung des Fonds anscheinend vollständig vergessen wurde. Erst im letzten Moment wurde eine Beteiligungsmöglichkeit der PKV auf freiwilliger Basis in den

ABBILDUNG 1

Funktionsweise des Strukturfonds gemäß Gesetzentwurf



Quelle: eigene Darstellung

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Funktionsweise des Strukturfonds offenbart Mängel: Die freiwillige Beteiligung der PKV ist unzureichend, die Antragstellung durch die Krankenhausträger fehlt.

Gesetzentwurf aufgenommen. Dies ist selbstredend völlig unzureichend und verfassungsrechtlich bedenklich. Es steht außer Frage, dass die PKV in gleichem Maße vom Abbau der Überkapazitäten profitiert und demnach entsprechend der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen an den Kosten des Fonds zu beteiligen ist. Dass dies nicht geschieht, ist umso unverständlicher, da es durchaus einfache Möglichkeiten gibt, die PKV an den Strukturmaßnahmen zu beteiligen. Die Beteiligung der PKV sollte prinzipiell durch einen zu zahlenden Pflichtbetrag direkt an das BVA sichergestellt werden. Alternativ könnten die Mittel über einen Rechnungszuschlag auf die abzurechnenden Leistungsentgelte eingenommen werden. Hierbei müssten die Krankenhäuser die der PKV in Rechnung gestellten Mittel in der Folge an das BVA weiterleiten – eine wohlgeübte Praxis, die seit Jahren unter anderem im Rahmen des DRG-Systemzuschlages zur Finanzierung von Aufgaben des DRG-Institutes (InEK) angewendet wird. Neu wäre lediglich, dass diese Zuschläge ausschließlich für Privatversicherte erhoben werden würden und statt an das InEK an das BVA abgeführt werden müssten – sicherlich keine große Hürde, wenn man damit eine so eklatante Ungleichbehandlung der GKV- und PKV-Versicherten beheben kann.

Antragstellung durch die Träger einführen

Unverständlich ist auch, warum die Länder und nicht die Träger selbst die Entscheidung über die förderungsfähigen Vorhaben treffen sollen. Es droht eine Zweckentfremdung der GKV-Mittel aus dem Gesundheitsfonds, da die Länder die Vorhaben nicht ausschließlich nach versorgungspolitischer Notwendigkeit auswählen werden. Ein weitgehender Kapazitätsabbau auf Antrag der Bundesländer ist grundsätzlich nicht zu erwarten. Stattdessen wäre es sinnvoll, die Länder noch mehr von der politischen Verantwortung für den Abbau der Überkapazitäten zu entlasten. Die Antragstellung sollte daher den Trägern selbst überlassen werden; sie sollten direkt Anträge auf Marktaustrittshilfen an das BVA stellen dürfen.

Auf den ersten Blick erscheint es mehr als sinnvoll, die Träger an dem Abbau der Überkapazitäten finanziell zu beteiligen. Die Bundesländer haben in der vom Gesetzgeber vorgesehenen Systematik die Möglichkeit, durch die Beteiligung der Träger ihren 50-Prozent-Förderanteil im Extremfall auf null zu reduzieren. Dies kann dazu führen, dass die Trägerbeteiligung das wesentliche Auswahlkriteri-

um der Länder bei der Entscheidung über Fördermaßnahmen wird und die Länder sich nahezu vollständig aus der Kofinanzierung zurückziehen. Massive Mitnahmeeffekte wären die Folge und der Strukturfonds wäre nichts anderes als ein Griff der Länder in den Gesundheitsfonds. Das eigentliche Ziel, die Strukturbereinigung, würde nicht erreicht. Oft halten die zu erwartenden Schließungskosten die Träger davon ab, vom Markt auszuscheiden. Mit einer Trägerbeteiligung ist den Trägern nicht geholfen.

Bundesversicherungsamt über Förderanträge entscheiden lassen

Fördermaßnahmen werden finanziert, sofern die entsprechenden Vergabekriterien erfüllt sind (vergleiche Abschnitt 5). Es muss sichergestellt werden, dass andere Argumente bei der Auswahl der Maßnahmen keine Rolle spielen. Um eine nicht zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel zu unterbinden, ist es deswegen zwingend notwendig, dass nicht die Länder, sondern eine unabhängige Institution anhand von vorher vereinbarten objektivierbaren Vergabekriterien entscheidet, welche Maßnahmen förderungswürdig sind und inwiefern eine Priorisierung der Maßnahmen stattfindet. Hier bietet sich das BVA an. Das BVA würde auch die Kofinanzierungszusage der Länder prüfen; die Länder sollten die Verweigerung einer solchen Kofinanzierung begründen müssen. Sie hätten dadurch im Falle einer Gefährdung der bedarfsgerechten Versorgungssituation eine Art Veto.

Zweckentsprechende Verwendung prüfen

Problematisch ist, dass die Länder sowohl als Antragsteller für die Auswahl von förderungsfähigen Vorhaben zuständig sind als auch die zweckentsprechende Verwendung überprüfen sollen. Damit werden elementare Regeln zur Vermeidung von Interessenkonflikten verletzt. Stattdessen sollte vorgesehen werden, dass das BVA die zweckentsprechende Mittelverwendung verantwortet und prüft.

Die in Abbildung 2 dargestellte Funktionsweise des Strukturfonds greift die oben angeführten Kritikpunkte auf und stellt eine zwingend notwendige Anpassung des Strukturfonds zur weitgehenden Vermeidung der Zweckentfremdung der Mittel dar. Die PKV wird entsprechend ihrer Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen an den Kosten des Fonds beteiligt. Die Länder werden hingegen von den Aufgaben der Antragstellung und Prüfung der Mittel komplett entlastet. Der Krankenhausträger stellt in einem ersten Schritt einen Antrag an das BVA [1]. Das BVA, welches in dieser Ausgestaltung die zentrale Rolle einnimmt, prüft den Förderantrag des Krankenhausträgers auf der Basis der Vergabekriterien gemäß BMG-Verordnung; die Stellungnahme der Krankenkassen

ist einzuholen [2]. Eine entsprechende, direkte Mittelzuweisung des BVA an den Krankenhausträger [4] erfolgt nach der Zusage der Kofinanzierung der Bundesländer [3]. Die konkrete Umsetzung der Maßnahme [5] und der Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel obliegt dem Träger [6]. Abschließend erfolgt eine Prüfung der Mittelverwendung durch das BVA [7].

5 Vergabekriterien für den Strukturfonds

Die Regelungen im KHSG-Entwurf sehen vor, dass das BMG die Vergabekriterien für die Mittel des Strukturfonds per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festlegt. Das BVA hat auf Basis dieser Konkretisierung des Förderverfahrens die Mittel des Strukturfonds zu vergeben. Unabhängig von den im Abschnitt 4 dargelegten notwendigen Anpassungen bei der Ausgestaltung des Strukturfonds (insbesondere Antragstellung der Länder versus Träger) sind die nachfolgenden Kriterien anzusetzen.

Vorrang für den Abbau von Überkapazitäten klarstellen

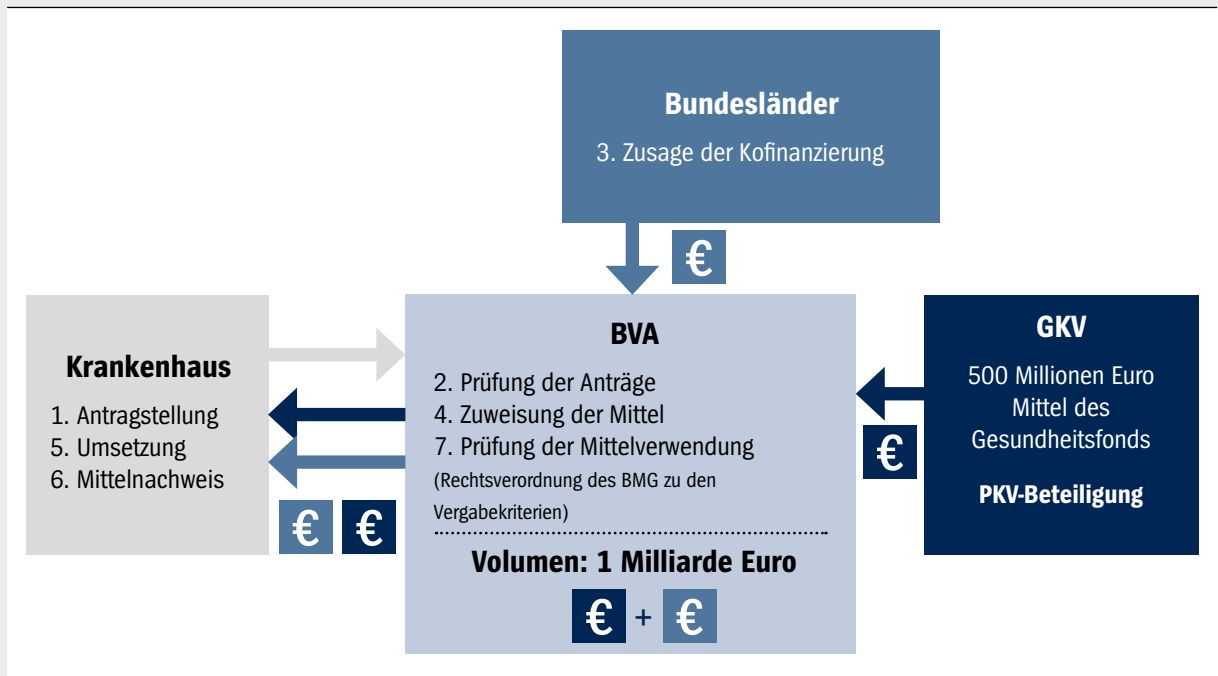
Deutschland hat das strukturelle Problem erheblicher Überkapazitäten. Eine Strukturbereinigung hat bislang aufgrund mangelnden politischen Willens und hoher Kosten für Standortschließungen kaum stattgefunden (*Preusker et al. 2014*). Diese Problemstellung soll der Strukturfonds adressieren. Bei der Formulierung der Vergabekriterien ist daher hinsichtlich des Förderzwecks den Maßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten klar Vorrang einzuräumen. Sonst droht eine Zweckentfremdung der Mittel des Strukturfonds für allgemeine investive Maßnahmen in Krankenhäusern. Schon im Rahmen der Stellungnahme zum Referentenentwurf wird die Zweckentfremdungsstrategie der Deutschen Krankenhausesellschaft (DKG) diesbezüglich offensichtlich: Sie fordert in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 12. Mai 2015 unter anderem „Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und zur Verbesserung der IT-Infrastruktur“ förderungswürdig zu stellen (*DKG 2015*). Nur ein klarer Vorrang für Maßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten kann die Verkehrung des Strukturfonds in ein Programm zur Perpetuierung von Überkapazitäten verhindern.

Bedarfsnotwendigkeit von Standorten überprüfen

Durch den Strukturfonds geförderte Standortschließungen dürfen nicht zu Versorgungsschwierigkeiten führen. Elementar ist daher, dass das BVA die Bedarfsnotwendigkeit eines Standortes, der Mittel für eine Schließung erhalten soll, anhand der zukünftig durch den GBA konkretisierten Voraussetzungen für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags

ABBILDUNG 2

Alternativer Vorschlag zur Funktionsweise des Strukturfonds



Zentrale Mängel des Umsetzungskonzeptes können behoben werden, indem die Antragstellung durch die Träger eingeführt wird. Die Prüfung der Anträge würde durch das BVA erfolgen.

prüft. Häuser, deren Versorgungsfunktion nicht von Nachbarkrankenhäusern übernommen werden kann, die also zur Sicherstellung notwendig sind, sollten keine Mittel aus dem Strukturfonds erhalten können. Kann die Erreichbarkeit von Leistungen der stationären Grund- und Regelversorgung hingegen von anderen Versorgern in der Umgebung übernommen werden, ist ein Standort ein Strukturfondskandidat, dessen Schließung gefördert werden kann. Zur Sicherstellung notwendige Häuser sind potenzielle Kandidaten für einen Sicherstellungszuschlag, für den künftig im GBA bundeseinheitliche Vorgaben festgelegt werden. Die analytischen und technischen Voraussetzungen für eine operative, regelgebundene und damit transparente Umsetzung dieses Ansatzes liegen vor (Leber und Scheller-Kreinsen 2015). Beispielhaft zeigt Abbildung 3 die Verteilung von Strukturfondskandidaten deutschlandweit, wenn durch eine Standortschließung ein Erreichbarkeitswert von 30 Kilometern nicht verletzt werden soll.

Nur die Schließung von ganzen Standorten fördern

Relativ leicht lässt sich die Fachabteilung Innere Medizin mit Fördergeldern aus dem Strukturfonds eines nicht bedarfsnot-

wendigen Standortes pro forma schließen, um dann die gleichen Leistungen am gleichen Standort in einer vermeintlich neuen geriatrischen Fachabteilung zu erbringen. Ein realer Abbau von Überkapazitäten und die damit einhergehende Minderung des Anreizes für angebotsinduzierte Mengenausweitung werden auf diese Weise untergraben. Exakt dieses Szenario eines reinen Türschildwechsels droht, sofern im Kontext der Definition der Vergabekriterien nicht klargestellt wird, dass nur die Schließung von kompletten Krankenhausstandorten förderungswürdig ist.

Wenn Standortschließungen unterstützt werden sollen, aber keine Kriterien existieren, was denn eigentlich ein Standort ist und wo sich die Standorte befinden, kann der Strukturfonds nicht wirkungsvoll umgesetzt werden. Voraussetzung für die operative Umsetzung sind eine bundeseinheitliche Standortdefinition und ein Standortverzeichnis. Es sollte die Einführung und verbindliche Verwendung eines eindeutigen Krankenhaus-Standortidentifikators gesetzlich verankert werden, der für den Strukturfonds, aber gleichzeitig auch für Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie für die Erfüllung der Anforderungen aus den Richtlinien und Beschlüssen des GBA zu verwenden ist.

Keinen komplementären Kapazitätsaufbau zulassen

Absurd wäre es, wenn durch GKV- und Steuermittel aus dem Strukturfonds ein vom Land angestrebter Strukturwandel finanziert würde, der keinen Abbau von Überkapazitäten impliziert. Dieser Fall würde eintreten, wenn durch den Strukturfonds eine Standortschließung gefördert wird und das Land im gleichen Zeitraum einen kompensatorischen Aufbau der Kapazitäten vornimmt, die im Einzugsgebiet des Standortes stehen. Zahlreiche Beispiele der Subventions- und Förderpolitik, an der realen Nachfrage vorbei, verdeutlichen, dass entsprechende Aktivitäten auf der Landesebene zumindest nicht ganz unrealistisch sind. Diese Art von Mitnahmeeffekt sollte daher verhindert werden, indem verankert wird, dass im Einzugsgebiet einer geförderten Maßnahme kein kompensatorischer Aufbau von stationären Kapazitäten stattfinden darf.

Anschlussverwendung nicht berücksichtigen

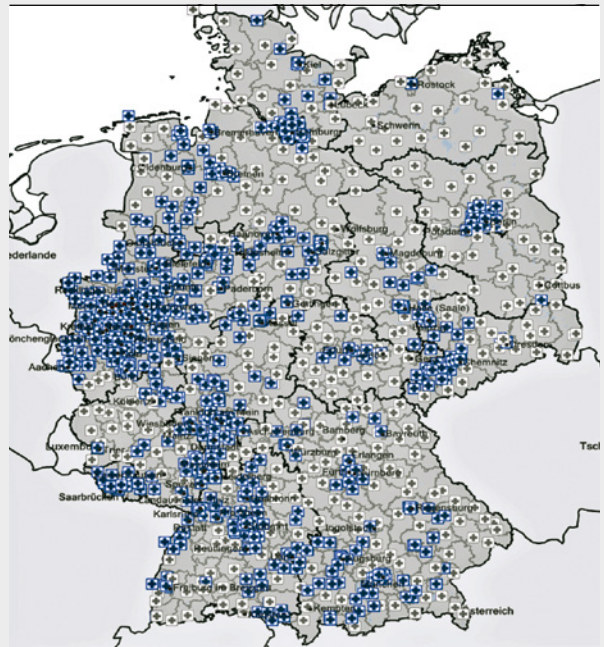
(Kommunal-)politisch wird der Anschlussnutzung von Immobilien und Flächen nach möglichen Standortschließungen große Aufmerksamkeit geschenkt. Das ist gut so. Dennoch sollte die Anschlussverwendung von Kapazitäten nicht in die Bewertung von Anträgen zur Förderung durch den Strukturfonds einfließen, der originär dem Abbau von Überkapazitäten dienen soll. Hintergrund ist, dass keine klaren Kriterien für die Bewertung von Konzepten zur Anschlussnutzung existieren. Soll ein Konzept für eine Anschlussnutzung mehr sein als eine form- und damit wertlose Absichtserklärung, müssten zudem aufwendige und zeitintensive Genehmigungsverfahren für Umwidmungs- und Bauvorhaben angestrebt werden, die schon eine Antragstellung im Rahmen des Förderungszeitraums des Strukturfonds unrealistisch erscheinen lassen.

Investitionsquote durchsetzen

Die Länder investieren schon heute zu wenig in die Krankenhäuser, was eine Zweckentfremdung der Betriebskostenfinanzierung seitens der Träger nach sich gezogen hat. Zu begrüßen ist daher, dass eine Voraussetzung für die Förderung von Maßnahmen in einem Bundesland durch Strukturfondsmittel die fortlaufende Erfüllung der bisherigen Investitionsquoten ist. Konkret soll eine Förderbedingung verankert werden, die vorschreibt, dass die jährlichen Investitionen der Länder 2016 bis 2018 die durchschnittlichen für Investitionen ausgewiesenen Haushaltsmittel der Jahre 2012 bis 2014 nicht unterschreiten dürfen. Jedoch zeigt die Missachtung der Investitionsverantwortung der vergangenen Jahre, dass eine Selbstverpflichtung der Länder nicht ausreichen wird. Es sollte daher klargestellt werden, dass das BVA einmal jährlich prüft, ob die Bundesländer die

ABBILDUNG 3

Strukturfondskandidaten



Strukturfondskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert 30 Kilometer (blau); nach jedem Marktaustritt ergibt sich eine neue Situation; Strukturfonds- und Sicherstellungskandidaten müssen neu ermittelt werden.

Quelle: eigene Darstellung (analog Leber und Scheller-Kreinsen 2015)

durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2012 bis 2014 weiterhin über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser ausschütten.

6 Von der Landesplanung zur Marktregulierung

Der Strukturfonds ist Teil eines größeren Paradigmenwechsels in der deutschen Krankenhausplanung und -finanzierung: Erstmals werden Überkapazitäten angegangen. Zum einen geschieht dies durch den Strukturfonds, zum anderen aber bekommt der GBA Regelungskompetenzen für die Krankenhausplanung. Die fast revolutionäre Passage im KHSG-Entwurf ist Absatz 3 des neu geschaffenen Paragraphen 136c SGB V (BMG 2015, 35):

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach Paragraph 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhaus-

finanzierungsgesetzes in Verbindung mit Paragraf 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und
3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist. [...]“

Hier zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab, der auf die Formel verkürzt werden kann: von der Landesplanung zur Marktregulierung. Die bislang landesplanerische Entscheidung über die Notwendigkeit eines Krankenhauses wird durch ein bundesweit gültiges Regelwerk ersetzt.

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. Schon ein Blick auf die rückläufige Länderförderung zeigt, dass es mit der Güte der Landesväter nicht mehr allzu weit her ist. Die Trägervielfalt wird nicht mehr landesplanerisch garantiert, sondern vom Bundeskartellamt, und die Qualität schließlich wird durch GBA-Verfahren gesichert. Dieser GBA bekommt nun die Aufgabe, rationale Kriterien für die Sicherstellung der stationären Versorgung zu formulieren. Die eigentlichen Akteure sind die Krankenhausträger. Der GBA formuliert die Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Marktteilnehmer agieren können.

Dem Einwand, es handele sich bei Krankenhausleistungen um Leistungen der Daseinsvorsorge, die man nicht dem Markt überlassen könne, sei mit einem Verweis auf andere Lebensbereiche begegnet: Das tägliche Brot gehört mindestens genauso wie die medizinischen Leistungen zur Daseinsvorsorge, gleichwohl gibt es keinen nationalen Bäckereiplan. Auch in anderen Bereichen vollzog sich in den vergangenen Jahrzehnten ein Wandel weg von staatlicher

Planung hin zu regulierten Märkten. Er firmierte unter dem irreführenden Begriff Deregulierung. De facto handelte es sich um eine komplizierte Regulierung. Die zentrale Behörde hierfür ist die Bundesnetzagentur, die für folgende Bereiche zuständig ist (www.bundesnetzagentur.de):

- Elektrizität und Gas
- Telekommunikation
- Post
- Eisenbahn

In all diesen Bereichen sind Marktzugang und Marktaustritt geregelt. Zum Teil werden Preissetzungen überwacht. Die hoch komplexen Ausschreibungsvorgänge geben einen Eindruck vom Ausmaß der Regularien, die allesamt das Ziel haben, den Verbraucher vom Wettbewerb profitieren zu lassen.

Der GBA ist eine Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung. Er regelt bereits jetzt via Bedarfsplanungs-Richtlinie die Zulassungsmöglichkeiten für niederlassungswillige Ärzte. Im Arzneimittelmarkt trifft er weitgehende Entscheidungen zum Zusatznutzen neuer Arzneimittel (die Details regelt das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz, kurz AMNOG) sowie zur Preisbildung im Bestandsmarkt durch Bildung von Festbetragsgruppen. Im stationären Bereich wird durch das KHSG letztlich nur nachvollzogen, was in anderen Bereichen längst gelebte Praxis ist. Damit dies nicht mit der Landeskompetenz in Konflikt gerät, wird den Ländern in allen diesbezüglichen Paragrafen eine Ausstiegsoption angeboten. Auf diese Weise war es rechtstechnisch möglich, das KHSG-Gesetzgebungsverfahren formal als zustimmungsfrei zu formulieren.

Die Definition von Sicherstellungszuschlägen ist wahrscheinlich der Einstieg in eine umfassendere Marktregulierung in den nächsten Jahren. Es fehlen neben den Bestandschutzregeln (Sicherstellungszuschläge) und den Marktaustrittshilfen (Strukturfonds) vor allem Regeln zum Marktzugang und zur Kapazitätsbegrenzung. Wenn sich hierfür ein überzeugendes Regelungswerk herausgebildet hat, dann dürfte es auch keine Schwierigkeit sein, den Übergang landesplanerischer Kompetenz auf bundesweite Regulierungsbehörden verfassungsrechtlich nachzujustieren.

Literatur

Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2011):

Laufende Raumbearbeitung – Raumabgrenzungen, Siedlungsstrukturelle Kreistypen; www.bbsr.bund.de → Themen → Raumbearbeitung → Raumabgrenzungen → Siedlungsstrukturelle Kreistypen

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 12. Juni 2015; www.bmg.bund.de → Themen → Krankenversicherung → Krankenhaus-Strukturgesetz

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2015): Große Koalition verfehlt eigene Ziele deutlich. DKG zum Referentenentwurf der Krankenhausreform. *das Krankenhaus*, Jg. 107, Heft 5, 417–424

GKV-Spitzenverband (2013): 14 Positionen für 2014 – Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, beschlossen vom Verwaltungsrat am 4. September 2013; www.gkv-spitzenverband.de → Presse → Publikationen → Positionspapiere → 14 Positionen für 2014

Hamburg Center for Health Economics (HCHE) (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17 b Abs. 9 KHG. Endbericht 10. Juli 2014;

www.gkv-spitzenverband.de → Krankenversicherung → Krankenhäuser → Budgetverhandlungen → Mengenentwicklung und Mengensteuerung

Klein-Hitpaß U, Scheller-Kreinsen D, Wolff J (2014): Mengendynamik im Krankenhaus – Optionen für eine versichertenorientierte Steuerung. In: Pfeiffer D, Stackelberg JM, Kiefer G (Hrsg.): *GKV-Lesezeichen 2014 – Neues bewerten – Bewährtes erneuern*. Berlin: GKV-Spitzenverband, 250–267

Leber WD, Scheller-Kreinsen D (2012): Von der Betten- zur Preissteuerung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 66, Heft 4, 37–47

Leber WD, Scheller-Kreinsen D (2015): Marktaustritte sicherstellen. Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der Strukturbereinigung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2015*. Stuttgart: Schattauer, 187–210

Olson M (1969): The Principle of „Fiscal Equivalence“: The Division of Responsibilities among Different Levels of Government. *The American Economic Review*, Band 59, Heft 2, 479–487

Preusker UK, Müschenich M, Preusker S (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern. Deutschland 2003–2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.

Preusker Health Care OY 2014; www.gkv-spitzenverband.de → Presse → Themenmagazin → Reform der Krankenhausversorgung → 3. Strukturbereinigung einleiten

Schönstein M, Kumar A (2013): Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries; www.oecd.org/els/healthsystems/ManagingHospitalVolumes_GermanyandExperiencesfromOECDCountries.pdf

(letzter Zugriff auf alle Quellen am 25. Juni 2015)

DIE AUTOREN



Dipl.-Volksw. Uwe Klein-Hitpaß,

Jahrgang 1978, Studium der Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin mit dem Abschluss zum Diplom-Volkswirt im Jahr 2004. 2005 bis 2009 Referent bei der Berliner Krankenhausgesellschaft im Bereich Krankenhausfinanzierung und Pflege-satzverfahren sowie im Jahr 2008 zusätzlich im Bereich Pflegeeinrichtungen. Seit 2009 Referent im Referat Krankenhausvergütung in der Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes.



Dr. Wulf-Dietrich Leber,

Jahrgang 1957, Studium der Physik und Volkswirtschaftslehre in Aachen und Kiel. 1986 bis 1990 wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen sowie Promotion über Risikostrukturausgleich. Seit 1990 Tätigkeiten in Berlin (Leiter der Dependence des AOK-Bundesverbandes) und in Magdeburg (Leiter der Grundsatzabteilung beim AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt). Projektleiter des AOK-Hausarztmodells und 1998 bis 2004 Leiter der Abteilung „Stationäre Leistungen, Rehabilitation“ im AOK-Bundesverband, seit 2005 Leiter des Geschäftsbereichs Gesundheit. Seit 2008 Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.



Dr. David Scheller-Kreinsen,

Jahrgang 1982, Studium Public Policy (MPP) sowie Industrial Relations and Human Resource Management (Bsc) in London (London School of Economics), Berlin (Hertie School of Governance) und Washington DC (Georgetown University). 2008 bis 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie Promotion im Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin. Managing Editor der Zeitschrift *Health Policy* 2011 bis 2012 sowie Guest Editor der Zeitschrift *Health Economics* 2011. Seit 2012 Referent im Referat Krankenhausvergütung in der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.