

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Cornelia Möhring, Azize Tank, Kathrin Vogler, Birgit Wöllert, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Wirkungen des Wettbewerbs in Krankenhäusern**

Eines der wichtigsten und langfristigen Vorhaben der Bundesregierung im Bereich der Krankenhäuser ist derzeit die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung. Es werden damit unterschiedliche Preise für unterschiedliche Qualitäten stationärer Leistungen geschaffen. Ein marktwirtschaftliches Instrument soll also die Qualität der Leistungen erhöhen.

Es gibt viele Zweifel, ob dieses Ziel so erreicht werden kann. So erscheint die Aufgabe Qualität sachgerecht, risikoadjustiert und rechtssicher zu messen, selbst Befürwortern als eine große Herausforderung, deren Bewältigung einige Jahre in Anspruch nehmen wird. Bevor sich die Vergütung jedoch an Qualitätsmerkmalen orientieren kann, muss diese Aufgabe gelöst sein.

Auf die Schriftliche Frage 46 der Abgeordneten Birgit Wöllert auf Bundestagsdrucksache 18/5877, welche internationalen Erfahrungen es mit derlei Vergütungssystemen gebe, antwortete die Bundesregierung, dass ihr bislang nur Erfahrungen aus einer kürzlich erschienenen Studie über das US-amerikanische Krankenhauswesen bekannt seien. Diese Studie „zeigt auf, dass in diesem Projekt Vergütungsabschläge auch solche Krankenhäuser betreffen, deren Qualität von anderen Institutionen zertifiziert wurde, die aufwändige Leistungen durchführen, komplexe Fälle behandeln oder solche, die Lehrkrankenhäuser sind. Die Studie bezweifelt daher, dass die Qualitätsbewertung von Krankenhäusern in diesem Projekt, das im Oktober 2014 begonnen wurde, valide genug ist, um schlechte Versorgungsqualität zuverlässig identifizieren zu können.“ Auch eine durch das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2012 in Auftrag gegebene Studie kommt zu dem Schluss, „dass neuere Studien – mit sehr unterschiedlichem Evidenzniveau – die Wirksamkeit qualitätsorientierter Vergütung nicht zweifelsfrei bestätigen können“ (JAMA Network, 2015, 314(4), 375 bis 383).

Dennoch hält die Bundesregierung an dem Ziel der Einführung qualitätsorientierter Vergütung und einer Ausweitung des Wettbewerbs fest.

Das Vorgehen entspricht dem Vorgehen der Bundesregierung bei der Einführung anderer Wettbewerbselemente, wie etwa den diagnoseorientierten Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs). Auch hier gab es vor der Einführung keine Belege für positive Wirkungen und im Rückblick sind außer einer gewissen Vergrößerung der Transparenz keine positiven aber durchaus viele negative Wirkungen feststellbar. So konnte eine Reduktion der Kosten nicht erreicht werden; es gibt angebotsinduzierte Mengensteigerungen, die in ihrer Gesamtheit nicht medizinisch, sondern ökonomisch begründbar sind ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

„Mengenentwicklung und Mengensteuerung“). Entstanden ist außerdem ein riesiger Bürokratieaufwand samt neuer Berufsbilder, wie das der Kodierärztin und des Kodierarztes oder der Kodierassistentin und des Kodierassistenten.

Im Ergebnis führt der Wettbewerb zu einem wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser und zu einem massiven Spardruck in den Bereichen, die nicht unmittelbar zu den Erlösen eines Krankenhauses beitragen, also etwa in der Pflege. So ist seit Inkrafttreten der DRGs die Zahl der Pflegenden leicht gesunken, während die Fallzahl stark gestiegen ist.

Notwendig wären nach fester Überzeugung der Fragesteller nicht die Verstärkung des Wettbewerbs, sondern eine Rückführung des Wettbewerbs und der DRGs sowie die Stärkung des Personals, etwa durch eine gesetzlich geregelte, verbindliche Mindestpersonalbemessung.

Das geplante Pflegestellenförderprogramm sieht in seiner Endstufe ein Fördervolumen von jährlich 330 Mio. Euro vor. Experten schätzen, dass dies den Krankenhäusern eine Personalaufstockung von durchschnittlich zwei bis drei Pflegekräften pro Krankenhaus ermöglicht (www.lahn-dill-kreis.de vom 30. Juni 2015, „Pressemitteilung zur geplanten Krankenhausreform“). Die geplante Umwidmung des Versorgungszuschlags in einen Pflegezuschlag wird keine wirksamen Anreize setzen, zusätzliche Pflegekräfte einzustellen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Geht die Bundesregierung davon aus, dass durchschnittlich zwei bis drei zusätzliche Pflegekräfte pro Krankenhaus zur Beseitigung der bestehenden Personalengpässe in den Krankenhäusern ausreichen?  
Wie hoch schätzt die Bundesregierung den tatsächlichen Bedarf in den deutschen Krankenhäusern ein?
2. Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung im internationalen Vergleich die Quote der Pflegekräfte pro Patient dar (bitte innerhalb der EU bzw. OECD vergleichen)?
3. Welche Gründe sprechen aus Sicht der Bundesregierung für die Einführung des Qualitätswettbewerbs, obwohl es nach ihrer eigenen Auskunft (Antwort auf die Schriftliche Frage 46 auf Bundestagsdrucksache 18/5877) keine Belege für positive Wirkungen des Qualitätswettbewerbs gibt, die einzig verfügbare Empirie in den USA gegen die Einführung spricht und sogar eine von ihr selbst in Auftrag gegebene Studie keine Evidenz feststellen konnte?
4. Welche Ziele sollen mit der Einführung der qualitätsorientierten Vergütung erreicht werden?
5. Gibt es nach Einschätzung der Bundesregierung auch unerwünschte Auswirkungen oder Risiken der Einführung qualitätsorientierter Vergütung, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
6. Wie kann es angesichts der Tatsache, dass das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Landeskrankenhausgesetze keine Investitionsförderung für ambulante Kapazitäten in Krankenhäusern vorsehen bzw. sie sogar explizit ausschließen, zu einer „Doppelfinanzierung bei den Investitionskosten“ (s. Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz, Artikel 6, Nummer 13, – KHSG – auf Bundestagsdrucksache 18/5372) der ambulanten Notfallleistungen kommen?
7. Liegen der Bundesregierung aktuelle Kennzahlen zu den Investitionsanteilen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vor?

8. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert beispielsweise in ihrer Stellungnahme zum KHSG, dass die Vorhaltekosten, die ihnen im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung entstehen, zukünftig in die Kalkulation des EBM einfließen sollen. Inwieweit hält die Bundesregierung diese Forderung für berechtigt?
9. Könnte die künftige Möglichkeit für Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen, Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen, zu unterschiedlichen Qualitäten und Vergütungen in ein und demselben Krankenhaus je nach Kassenzugehörigkeit führen?  
Falls ja, wäre dies für die Bundesregierung eine wünschenswerte Folge?
10. Könnte dies zu – vertraglich festgelegten – unterschiedlichen Qualitäten zwischen verschiedenen Krankenhäusern führen?  
Falls ja, wäre dies für die Bundesregierung akzeptabel?
11. Könnte dies dazu führen, dass Patientinnen und Patienten schlechter behandelt werden, als es dem Krankenhaus grundsätzlich möglich ist, weil in den Verträgen eine niedrigere Qualität als die bestmögliche vereinbart wurde oder weil sie Versicherte einer anderen, nicht vertragsgebundenen Kasse sind?  
Falls ja, wäre dies für die Bundesregierung akzeptabel?
12. Wäre ein vergleichbares Programm, wie das im Jahr 1992 von der damaligen Bundesregierung beschlossene Investitionsprogramm zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen in den neuen Bundesländern (Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes) zur Kompensation des Investitionsstaus in den Krankenhäusern derzeit angebracht, und falls ja, weshalb plant die Bundesregierung mit dem geplanten Strukturfonds ein maximales Volumen von 1 Mrd. Euro?
13. Wäre statt des Ziels des Strukturfonds, Überkapazitäten abzubauen, das Ziel, den Investitionsstau von Krankenhäusern, die sich in Betrieb befinden, nicht wesentlich zielführender?
14. Wie hoch schätzen die Bundesregierung und nach Kenntnis der Bundesregierung andere maßgebliche Akteure den Investitionsstau der Krankenhäuser ein?
15. Welche Ziele hat die Einführung der DRGs nach Ansicht der Bundesregierung erreicht, welche hat sie nicht erreichen können, und in welchen Punkten hat die Einführung das System negativ beeinflusst?
16. Ist die Bundesregierung überzeugt davon, dass Qualität im Krankenhaus sachgerecht, risikoadjustiert und vor allem rechtssicher gemessen werden kann, und wann rechnet sie mit einer umfassenden Methodik dazu?
17. Wie hoch sind die Overhead-Kosten des DRG-Systems, also sämtliche Kosten zur Kodierung, für die Arbeit des DRG-Instituts, zur Rechnungsprüfung durch die Krankenkassen, für gerichtliche und außergerichtliche Rechtsstreitigkeiten und anderes?
18. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Kosten zur Entwicklung des Systems zur Qualitätsmessung bis zu seiner rechtssicheren Funktionsfähigkeit, und wie hoch schätzt sie die laufenden Kosten für den Betrieb und die Umsetzung eines solchen Systems?
19. Wie viele Pflegekräfte könnte man nach Kenntnis der Bundesregierung mit den Kosten aus den Fragen 17 und 18 jeweils zusätzlich einstellen?
20. Gibt es nach Ansicht der Bundesregierung zu viele Krankenhäuser (bitte begründen)?

21. Was wäre nach Ansicht der Bundesregierung eine optimale Zahl an Krankenhäusern (bitte begründen)?
22. Werden die Gesetzeslage und die übrigen Rahmenbedingungen nach Einschätzung der Bundesregierung in den nächsten Jahren zu mehr oder zu weniger Krankenhäusern führen (bitte begründen)?
23. Ist dies beabsichtigt, oder wird dies seitens der Bundesregierung lediglich zur Kenntnis genommen?
24. Ist es richtig, dass die Bundesregierung bezüglich der Schließung von Krankenhäusern auf den Markt setzt, und weshalb versucht die Bundesregierung gegebenenfalls nicht stattdessen demokratische Elemente der Krankenhausplanung zu stärken?
25. Wie reagiert die Bundesregierung auf Bitten des Gemeinsamen Bundesausschusses z. B. in der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum KHSG, pay-for-performance allenfalls zu erproben, aber nicht wirksam einzuführen.
26. Wie reagiert die Bundesregierung auf den Vorwurf, man gebe mit der Einführung dieser unterschiedlichen Qualitätsniveaus in Kliniken durch Qualitätsverträge nach § 110a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Grundsatz auf, wonach alle Versicherten das Recht auf eine gleich gute Versorgung haben?
27. Wie viele Mittel aus der geplanten Umwidmung des Versorgungszuschlages in einen Pflegezuschlag wird ein Krankenhaus pro Vollzeitpflegekraft voraussichtlich in etwa erhalten?  
  
Ist es plausibel, dass diese Summe der Quotient aus 500 Mio. Euro und etwa 230 000 Pflegekräften ist, also gut 2 000 Euro pro Pflegekraft und Jahr und damit weniger als 5 Prozent der Pflegekosten auf diese Art refinanziert werden?
28. Geht die Bundesregierung – eingedenk der Zahlen aus Frage 27 – davon aus, dass dieser Pflegezuschlag wirken wird, also zur Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte führen wird, und wie begründet sie ihre Auffassung?

Berlin, den 20. Oktober 2015

**Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion**