

Abbau von Überkapazitäten durch echte Strukturreformen statt auf Kosten der Beitragszahler erreichen

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

12. Mai 2015

Zusammenfassung

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen hätten nicht vertretbare Mehrbelastungen der Beitragszahler zur Folge. Eine Strukturreform des Krankenhausbereichs, die trotz erheblicher Überkapazitäten zu milliardenschweren zusätzlichen Belastungen führt, verdient ihren Namen nicht.

Der zur Förderung des Abbaus von Überkapazitäten im stationären Bereich geplante Strukturfonds darf nicht durch zweckentfremdete Beitragsmittel aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Vielmehr müssen die benötigten Mittel vollständig von den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern finanziert werden.

Die Chance, Krankenkassen und Krankenhäusern mehr Vertragsautonomie einzuräumen, bleibt nahezu vollständig ungenutzt. Dabei könnte mehr Vertragswettbewerb die Wirtschaftlichkeit im stationären Bereich entscheidend befördern und den Abbau vorhandener Überkapazitäten gewährleisten.

Die anvisierte Qualitätssicherung muss verbindlich sein und darf nicht vom guten Willen der Länder abhängen. Krankenhäuser mit dauerhaft unzureichender Qualität sollten nicht nur mit Finanzierungsabschlägen be-

straft werden, sondern müssen von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Im Einzelnen

Hohe Mehrkosten sind nicht akzeptabel

Nicht akzeptabel sind die hohen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung, die durch die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen verursacht werden. Insgesamt werden die Kosten der Reform für die gesetzliche Krankenversicherung in einem 5-Jahreszeitraum auf 5,4 Mrd. € geschätzt, während zugleich nur „Einsparungen in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe“ erwartet werden. Eine Strukturreform im Krankenhausbereich, dem mit Gesamtausgaben von 68 Mrd. € (2014) mit Abstand größten Kostenblock im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (34 %), die trotz vorhandener Überkapazitäten für zusätzliche Ausgaben sorgt, verdient ihren Namen nicht.

Überversorgung nicht durch Zweckentfremdung von Beitragsmitteln abbauen

Zu begrüßen ist, dass Maßnahmen zum Abbau der bestehenden Überkapazitäten im Krankenhausbereich ergriffen werden sollen.



Das Statistische Bundesamt hat festgestellt, dass zwischen 1991 und 2013 die durchschnittliche Bettenauslastung der Krankenhäuser von 84 % auf nur noch 77 % gesunken ist. Damit ist mehr als jedes fünfte Krankenhausbett ungenutzt. Zu Recht weist die OECD darauf hin, dass kein anderes Land in Europa so viele Krankenhausbetten pro Einwohner bereitstellt wie Deutschland. Mit 8,2 Betten je 1.000 Einwohner liegt Deutschland weit über dem OECD-Durchschnitt von 4,8 Betten je 1.000 Einwohner.

Abzulehnen ist aber, dass der Abbau von Überkapazitäten durch Zweckentfremdung von 500 Mio. € Beitragsmitteln aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden soll. Wenn der notwendige Abbau von Überkapazitäten durch einen Strukturfonds finanziell gefördert werden soll, dann müssen die dafür erforderlichen Mittel von den Ländern aufgebracht werden, denn sie sind für die Finanzierung von Investitionen und Kapazitätsanpassungen im Krankenhaussektor zuständig. Durch die jetzt vorgesehene Finanzierung werden die Beitragszahler massiv und in unzulässiger Weise belastet. Die Bedingung, dass diese Beitragsmittel nur in den Strukturfonds gezahlt werden sollen, wenn auch die Länder einen gleich hohen Betrag zahlen, heilt diesen falschen Ansatz nicht.

Wirtschaftliche Krankenhausstrukturen durch mehr Vertragswettbewerb erreichen

Die vorgesehenen Ansätze zur Erprobung von Selektivverträgen sind zu zaghaft. Die Ermöglichung von zeitlich auf vier Jahre befristeten sog. Qualitätsverträgen für vier vom G-BA festzulegende Leistungen bzw. Leistungsbereiche mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsmaßstäbe ist bei Weitem nicht ausreichend.

Notwendig sind echte Reformen, die Krankenkassen und Krankenhäusern mehr Vertragsautonomie einräumen. An die Stelle des heute im stationären Bereich bestehenden Zwangs zu einheitlichen, gemeinsam ausgehandelten Versorgungsverträgen müssen schrittweise individuell ausgehandelte Ver-

träge von Krankenkassen und Krankenhäusern treten. Durch einen echten Vertragswettbewerb können die hohen bestehenden Effizienzreserven ausgeschöpft werden.

Zudem muss der bestehende Kontrahierungszwang, nach dem die Krankenkassen mit allen von den Ländern im Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen müssen, abgeschafft, zumindest aber gelockert werden. Eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs würde die wettbewerbliche Entwicklung wirtschaftlicher Krankenhausstrukturen fördern und den Abbau der z. T. noch erheblichen Überkapazitäten im Krankenhausbereich beschleunigen.

Qualitätssicherung verbindlich und konsequent durchsetzen

Es ist zu begrüßen, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entwickelnden Qualitätsindikatoren zur Grundlage der Planungsentscheidungen gemacht werden sollen. Gute Qualität in der stationären Versorgung ist essentiell, um eine effiziente medizinische Versorgung sicherzustellen. Dieser richtige Ansatz wird im Referentenentwurf jedoch konterkariert, indem die Länder dazu ermächtigt werden, durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise auszuschließen oder eigene Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung zu machen. Damit mutieren die Qualitätsindikatoren des G-BA zu unverbindlichen Orientierungshilfen. Die Länder haben es daher nach wie vor in der Hand, überflüssige und qualitativ schlechte Krankenhäuser aufrechtzuerhalten und Qualitätsstandards auch künftig zu unterschreiten. Die Struktur-reformen hängen somit weiter allein vom guten Willen der Länder ab, der aufgrund von landes- und lokalpolitischen Erwägungen oft nicht vorhanden ist. Das hat die Vergangenheit hinreichend belegt.

Auch die vorgesehene qualitätsorientierte Vergütung von medizinischen Krankenhausleistungen im stationären Bereich ist ein guter Ansatz. Bei unzureichender Qualität von



Leistungen, die von den Krankenkassen finanziert werden, lediglich Abschläge vorzusehen, geht jedoch nicht weit genug. Hier wäre es konsequenter, eine Schließung des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen vorzusehen, wenn sich die Qualität nicht innerhalb eines bestimmten Zeitraums verbessert. Krankenhäuser mit dauerhaft schlechter Qualität sollten im Interesse der Patienten von der Versorgung gänzlich ausgeschlossen werden.

Begrüßenswerte Reformansätze

Zu den sinnvollen Ansätzen des Referentenentwurfs gehören die Einführung von Zu- bzw. Abschlägen für Krankenhäuser mit bzw. ohne Notfallversorgung sowie die geplanten Maßnahmen zum Abbau systematischer Übervergütungen von Sachkosten.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de