
Deutscher Industrie- und Handelskammertag

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), Gesetzentwurf vom 30.06.2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(26)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
01.09.2015

Grundsätzliches

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Diese Zielsetzung ist richtig, denn der Krankensektor hat mit einer Bruttowertschöpfung von über 60 Mrd. Euro eine enorme gesamtwirtschaftliche Bedeutung. Nicht zuletzt birgt er aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts erhebliche Potenziale. Um diese Potenziale nutzen zu können, braucht es adäquate Finanzierungsstrukturen. Die Finanzierung im Krankensektor – als Basis unternehmerischen Handelns und nachhaltigen Wirtschaftens – muss auf eine nachhaltige und zukunftsfähige Grundlage gestellt werden.

Aus Sicht der gewerblichen Wirtschaft kommt es einerseits darauf an, die finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ausreichend Krankenhäuser in der Lage sind, eine hochwertige Versorgung nachhaltig bereitzustellen. Diese Versorgung muss flächendeckend sichergestellt werden. Denn eine gute medizinische Versorgung ist ein wesentlicher Faktor für die Standortattraktivität für Unternehmen und Fachkräfte. Dazu müssen Reformen des Krankensektors auch die Stabilisierung der Finanzierung der Krankenhäuser sicherstellen. Gleichzeitig kommt es dabei auf eine wirtschaftliche Mittelverwendung an. Denn um den Arbeitsmarkt nicht weiter zu belasten, sollten steigende Beitragslasten für die Beschäftigten soweit wie möglich vermieden werden. Zudem könnten höhere Zusatzbeiträge mittelfristig auch Druck auf die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags ausüben.

Der vorliegende Gesetzentwurf beinhaltet aus Sicht der Wirtschaft einige richtige Ansätze. Insbesondere ist das Anliegen, den Faktor Qualität sowohl als Wettbewerbselement zwischen Krankenhäusern als auch zur Mengensteuerung stärker zu etablieren, zu befürworten. Qualitative Standards sollen weiterentwickelt und die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser nachhaltig gesichert werden. Diese Ziele sind im Sinne einer hochwertigen stationären Krankenversorgung und der Vermeidung von Fehlsteuerung. Nicht zuletzt wird damit dem Ziel einer stärkeren Kosteneffizienz im Sinne der Beitragszahler Rechnung getragen. Ein geringerer Druck auf die Lohnzusatzkosten kommt darüber hinaus der Gesamtwirtschaft zugute.

Eine zentrale Frage der Krankenhausfinanzierung geht der Gesetzentwurf allerdings nicht an. So ist für eine gute stationäre Versorgung eine insgesamt gesicherte Finanzierung der Krankenhäuser auch jenseits der Betriebskosten grundlegend. Die Frage einer nachhaltigen Investitionskostenfinanzierung im Krankenhaussektor wird jedoch nicht befriedigend beantwortet – stattdessen werden systemwidrig Beitragsgelder zur Strukturfinanzierung herangezogen.

Zudem fehlen Ansätze für eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit. So könnte eine adäquate ärztliche Versorgung in bestimmten Gegenden Deutschlands mittelfristig durch neue Kooperationsmodelle zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern gesichert werden. Für solche Handlungsoptionen müssen die notwendigen Handlungsspielräume eröffnet werden.

Wichtige Aspekte des Gesetzentwurfs sind aus Sicht des DIHK folgende:

- Einführung von Qualitätsaspekten als Kriterien für die Krankenhausplanung
- Einführung krankenhausesindividueller Qualitätszu- und -abschläge
- Neuausrichtung der Mengensteuerung
- Konkretisierung der Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge
- Einrichtung eines Strukturfonds

Zu den Regelungen im Einzelnen

Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung (§ 6 Abs. 1a und § 8 Abs. 1a, 1b KHG i. V. m. § 136c Abs. 1 SGB V)

Die Qualität der Leistungserbringung durch die Krankenhäuser soll eine stärkere Rolle bei der Krankenhausplanung spielen. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31. Dezember 2016 struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Qualitätsindikatoren entwickeln. Ein

Krankenhaus, dessen Leistung die Qualitätsanforderungen nicht erfüllt, soll aus dem Krankenhausplan ausgeschossen bzw. nicht aufgenommen werden können. Dabei kann die Geltung der Qualitätsindikatoren für die Planungsentscheidungen der Länder durch Landesrecht ausgeschlossen werden.

DIHK-Bewertung:

Das Ziel, Qualitätsaspekte bei der Krankenhausplanung stärker zu berücksichtigen, ist richtig. Entsprechende Sanktionen stärken den Qualitätswettbewerb und sind damit ein Beitrag, um einer ineffizienten Verausgabung von Beitrags- und Steuergeldern zu begegnen.

Zudem kann die Definition von Qualitätsindikatoren zur Transparenz über die Qualität von Leistungen beitragen. Allerdings müssen auch die Patienten verstärkt in die Lage versetzt werden, mündige Entscheidungen über ihre Versorgung treffen zu können. Dies würde den Wettbewerb zwischen den Kliniken stärken. Dafür ist nicht zuletzt ein höheres Maß an Transparenz etwa über die Qualität von Anbietern notwendig.

Entscheidend für den Erfolg der Maßnahmen wird sein, inwieweit es dem G-BA gelingt, ausreichend objektiv belastbare Qualitätsstandards zu definieren, die eine einseitige Fokussierung der Kliniken auf Patienten mit wenig komplexen Indikationen – und damit einfacher zu erzielender hoher Behandlungsqualität – verhindern. Ob dafür die eher eng gesetzte Frist ausreichen wird, bleibt abzuwarten.

Aus Sicht des DIHK ist es falsch, den Ländern die Möglichkeit einzuräumen, durch eigene gesetzliche Regelungen die durch den G-BA formulierten Standards teilweise oder sogar gänzlich bei der Krankenhausplanung auszuschließen. Das Ziel einer stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsvorgaben wird nur eingeschränkt erreicht, wenn Qualitätskriterien nicht verbindlicher Bestandteil der Krankenhausplanung sind. Zudem wird die in der Vergangenheit wenig ausgeprägte Bereitschaft der Länder, eine kostensenkende Umstrukturierung ihrer Kliniklandschaft anzugehen, durch dieses Schlupfloch nicht gesteigert. Nicht zuletzt sollten Qualitätsstandards im Sinne der Transparenz überregional Gültigkeit besitzen. Wenn die Geltung der planungsrelevanten Qualitätskontrollen durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen werden kann bzw. eigene geschaffen werden können, ist eine Vergleichbarkeit über Bundeslandgrenzen hinweg nur eingeschränkt gegeben.

Qualitätszu- und -abschläge (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie § 5 Abs. 3a und § 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG i. V. m. § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V)

Ebenfalls im Sinne der Qualitätssicherung werden ab 30. Juni 2018 krankenhausspezifische Qualitätszu- und -abschläge bei der Vergütung verbindlich vorgesehen. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2017 geeignete Leistungen und Qualitätsindikatoren bzw. Bewertungskriterien definieren. Die Grundlage für die Beurteilung der Leistungsqualität soll die einrichtungsbezogene Datenauswertung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) bilden. Bei Erreichen oder Unterschreiten vorgegebener Qualitätsziele haben die Vertragspartner auf Krankensebene Zu- oder Abschläge bei der leistungsbezogenen Vergütung zu vereinbaren.

DIHK-Bewertung:

Die Wirtschaft stimmt dem Ansatz, ein Anreizsystem für bessere Qualität zu schaffen, grundsätzlich zu. Die Qualitätsorientierung ist ein wichtiger Schritt auch zur Effizienzsteigerung – eine qualitätsorientierte Vergütung daher grundsätzlich zielführend. Den Kliniken bietet sich damit die Chance, statt über reine Mengenausweitungen durch gute Leistungen die eigene Wirtschaftlichkeit positiv zu beeinflussen.

Einheitliche Qualitätsindikatoren zu erarbeiten und die Vergütung hiermit zu koppeln, ist aus diesem Grund konsequent. Dazu sollen Qualitäts- und Qualitätssicherungsanforderungen in der Krankenhausversorgung definiert und verbindlich gestaltet werden. Insbesondere wenn diese Qualitätskriterien mit finanziellen Zu- und Abschlägen gekoppelt werden sollen, stellen sich allerdings besondere Herausforderungen: Die Kriterien müssen eindeutig, vergleichbar und rechtssicher messbar sein, um praxistauglich zu sein. Zudem ist die Messung der Ergebnisqualität medizinischer Behandlungen angesichts einer Vielzahl z. T. schwer messbarer Einflussfaktoren schwierig, insbesondere bei geringen Fallzahlen. Bei der Definition der Qualitätskriterien muss daher sichergestellt werden, dass tatsächlich das gemessen und vergütungsrelevant wird, was im Einfluss- und Aufgabenbereich des Krankenhauses liegt. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Qualitätsmessung auch – soweit möglich – die Notwendigkeit der Behandlung einbezieht. Denn es ist u. U. einfacher, nicht notwendige Operationen gut durchzuführen. Außerdem ist sicherzustellen, dass eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität nicht in erster Linie Folge unzureichender Investitionsfinanzierung in der Vergangenheit ist. Dies mit Qualitätsabschlägen zu sanktionieren, ginge an der eigentlichen Ursache vorbei. Da die Erfahrungen mit einer qualitätsorientierten Vergütung im Krankenhausbereich bislang begrenzt sind, müssen die Auswirkungen dieser Reformen regelmäßig überprüft werden.

Nicht zuletzt sollte auf eine möglichst bürokratiearme Ausgestaltung geachtet werden. Die Krankenhäuser werden im Rahmen der externen Qualitätssicherung mit einer Reihe von neuen und häufigeren Dokumentations- und Berichtspflichten und Kontrollvorschriften zusätzlich belastet. Die zusätzlichen Anforderungen sollten daher im Sinne des Bürokratieabbaus näher betrachtet und auf ihre Notwendigkeit hin geprüft werden. Die Gefahr besteht, dass zusätzliche Bürokratie im Endeffekt mehr Kosten als Nutzen stiftet. In jedem Fall sollte eine Evaluierung nach einem überschaubaren Zeitraum vorgenommen werden.

Möglicherweise können auch einfachere Instrumente einer qualitätsorientierten Vergütung gefunden werden. So wären bei elektiven chirurgischen Eingriffen beispielsweise über die jetzigen Regelungen hinaus zeitlich begrenzte „Gewährleistungspflichten“ denkbar, die die Leistungserbringer zur Kostenübernahme verpflichten, sofern Komplikationen oder Re-Operationen notwendig werden. Qualitätsstandards können auf diese Weise, transparent und mit relativ geringerem Aufwand umgesetzt werden.

Instrumente der Mengensteuerung

Der Gesetzentwurf unternimmt mit einer Reihe von Instrumenten den Versuch, Leistungsmengen gezielter zu steuern. Dazu zählen insbesondere die Verschärfung der Mindestmengenregelung (§ 8 Abs. 4 KHEntG, § 136b Abs. 4 SGB V), die Abschaffung der Mehrleistungsabschläge in den Landesbasisfallwerten (§ 10 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 entfällt), die Einführung von Fixkostendegressionsabschlägen auf Hausebene (§ 4 Abs. 2b und § 10 Abs. 13 KHEntG), die Qualitätszu- und -abschläge auf Hausebene (s. o.) sowie mengenorientierte Anpassungen der Bewertungsrelationen (§ 17b Abs. 1 KHG) und Neuerungen bei der DRG-Kalkulation (§ 17b Abs. 1 S. 6 KHG).

DIHK-Bewertung:

Während die Maßnahmen im Einzelnen richtige Ziele – wie die Förderung von Leistungsqualität, die Beseitigung wirtschaftlicher Fehlanreize oder die Verbesserung der Zielgenauigkeit der Mengensteuerung – verfolgen, bilden sie im Ergebnis ein komplexes Konglomerat von Regelungen zur Preis- und Mengensteuerung, deren Auswirkungen im Ganzen kaum absehbar sind. Die Regelungen dürften geeignet sein, erhebliche Leistungsverschiebungen und Umverteilungseffekte zwischen den Krankenhäusern und auch innerhalb der Krankenhäuser zu bewirken. Kontraproduktive Nebeneffekte der Maßnahmen sind zu befürchten.

So können adäquate Mindestmengenanforderungen zur Qualitätssicherung grundsätzlich sinnvoll sein, da umfangreiche Erfahrungen mit zu behandelnden Indikationen zur Fehlerminimierung bei-

tragen. Sie bergen aber andererseits Fehlanreize zu wirtschaftlich begründeten Mengenausweitungen.

Die Zielgenauigkeit von Fixkostendegressionsabschlägen, die auf Landesebene anhand des Durchschnitts der Fixkostenanteile mengenanfälliger Fallpauschalen kalkuliert werden, ist fraglich. So dürfte die steuernde Wirkung der neuen Abschläge je nach tatsächlichem Fixkostenanteil des Leistungsbereichs unterschiedlich ausfallen.

Abschläge auf Mehrleistungen können ebenfalls grundsätzlich sinnvoll sein. Ob die Mehrleistungen auf gestiegene Nachfrage, Leistungsverschiebungen oder einzelwirtschaftliche Motive des Krankenhauses zurückzuführen sind, dürfte im Einzelfall aber kaum zu belegen sein. Zudem muss die unter Qualitäts- und Effizienzgesichtspunkten beabsichtigte Konzentration bei planbaren Leistungen mit Mengenausweitungen bei einigen Häusern einhergehen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass durch die Mengenbegrenzung insgesamt der angesichts steigender Patientenzahlen und des medizinisch-technischen Fortschritts steigenden Nachfrage nach Klinikleistungen nicht hinreichend Rechnung getragen wird.

Im Ergebnis dürfte die Vielzahl der Regelungen zur Preis- und Mengensteuerung ein Mehr an planwirtschaftlicher Detailregulierung bringen, nicht aber mehr Raum für Wettbewerb und Innovation. Hier sollte der Gesetzgeber statt auf neue starre Vorgaben stärker auf Transparenz und Verhandlungen vor Ort setzen. Die Möglichkeit, Qualitätsverträge für bestimmte Leistungsbereiche abzuschließen, ist vor diesem Hintergrund ein richtiger Ansatz.

Sicherstellungszuschläge (§ 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG und § 5 Abs. 2 KEntgG i. V. m. § 136c Abs. 3 SGB V)

Es sollen die Voraussetzungen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen präzisiert werden, also für vertraglich zu vereinbarende Zuschläge in Fällen, in denen die Vorhaltung von Versorgungsstrukturen aufgrund geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend ist. Als Kriterien für die Gewährung sollen die Erreichbarkeit, ein geringer Versorgungsbedarf in der Region sowie das nötige Versorgungsniveau dienen und vom Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2016 konkretisiert werden. Voraussetzung für die Vereinbarung soll außerdem ein bilanzielles Defizit des gesamten Krankenhauses im Vorjahr sein.

DIHK-Bewertung:

Im Sinne der Versorgungssicherung vor allem in ländlichen Regionen kommt der Verfügbarkeit medizinischer Grundversorgung besondere Bedeutung zu. Wo Menschen leben und Unternehmen Mitarbeiter beschäftigen, muss auch die medizinische Versorgung sichergestellt sein. Sie ist ein positiver Standortfaktor und damit auch aus wirtschaftlicher Sicht, gerade auch für kleine und mittlere Unternehmen, wichtig. Zur Sicherstellung der Versorgung in strukturell benachteiligten Regionen sollte daher ein finanzieller Ausgleich erfolgen. Dabei ist es grundsätzlich sinnvoll, einheitliche Kriterien verbindlich festzulegen. Allerdings erscheint es nicht sachgerecht, dass die wirtschaftliche Lage des gesamten Krankenhauses statt der bedarfsnotwendigen Fachabteilung ausschlaggebend sein soll. Wenn das Vorhalten bedarfsnotwendiger Strukturen hausintern quersubventioniert werden muss, ist das letztlich eine Benachteiligung effizient arbeitender Kliniken.

Insbesondere dort, wo es an niedergelassenen Ärzten für die ambulante Gesundheitsversorgung fehlt, wird von den Patienten die ambulante Notfallversorgung in Krankenhäusern immer häufiger in Anspruch genommen. Dabei ist diese ein stark defizitärer Bereich. Es besteht hier eine erhebliche Differenz zwischen dem Betrag, den die Kliniken von der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten und dem tatsächlichen Aufwand. In erster Linie muss daher die kostengünstigere ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte sichergestellt werden. Entsprechende Ansätze finden sich richtigerweise im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz.

Solange Kliniken hier einspringen müssen, muss sichergestellt sein, dass sie kostendeckend arbeiten können. Andernfalls muss ein Krankenhaus, das Notfallversorgungsstrukturen vorhält, die ungedeckten Kosten zu Lasten anderer Leistungen selbst kompensieren. So sollte es auch zur Sicherstellung der Notfallversorgung in strukturell benachteiligten Regionen für Krankenhäuser einen finanziellen Ausgleich geben.

Letztlich zeigt diese Entwicklung aber auch, dass die derzeitigen differenzierten Sicherstellungsaufträge der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Versorgung und der Länder für die stationäre Versorgung langfristig nicht sinnvoll sind. Perspektivisch sollte daher ein gemeinsamer Sicherstellungsauftrag von Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und der öffentlichen Hand angestrebt werden.

Strukturfonds (§§ 12 – 14 KHG)

Es soll ein Strukturfonds i. H. v. 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgelegt werden – unter freiwilliger zusätzlicher Beteiligung der privaten Krankenversicherungen. Die Mittel sollen durch die Länder im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach dem Königsteiner Schlüssel abgerufen werden können, um damit Überkapazitäten abzubauen, stationäre Versorgungsangebote zu konzentrieren und Krankenhäuser ggf. in nicht akutstationäre Einrichtungen umzuwandeln. Voraussetzung für die Gewährung von Mitteln aus dem Strukturfonds ist, dass das Land das durchschnittliche Niveau seiner Investitionskostenzuschüsse der Jahre 2012 bis 2014 in den Jahren 2016 bis 2018 mindestens aufrechterhält und es die vorgesehenen Maßnahmen darüber hinaus zu mindestens 50 Prozent kofinanziert. Durch einzelne Länder nicht abgerufene Mittel sollen den anderen Ländern zur Verfügung stehen. Die weiteren Kriterien zur Mittelgewährung werden durch das Bundesgesundheitsministerium mit Zustimmung des Bundesrates definiert. Über die Wirksamkeit des Strukturfonds soll jährlich, erstmals zum 31. Juli 2017, berichtet werden.

DIHK-Bewertung:

Das Anliegen einer Konsolidierung regionaler Überversorgung ist aus Sicht der gewerblichen Wirtschaft nachvollziehbar, eine Reduzierung der Klinikstandorte, insbesondere in Ballungsräumen, überfällig. Es ist darauf zu achten, dass die Gelder aus dem Strukturfonds mittelfristig tatsächlich zu Einsparungen im GKV-Bereich führen. Wichtig ist zudem, dass realistische Zahlen zum tatsächlichen Bedarf betrachtet werden. Eine medizinische Versorgung, gerade auch auf Grund zunehmenden Ärztemangels im ländlichen Raum, muss flächendeckend in angemessener Qualität gewährleistet sein. Denn sie ist ein wesentlicher Standortfaktor für die dort ansässigen Menschen und Betriebe.

Wenn es mit der Einrichtung des Strukturfonds zur Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen kommt, ist darauf zu achten, dass es dadurch nicht zum Aufbau neuer Überkapazitäten und Wettbewerbsverschiebungen, etwa im Reha- oder Präventionsbereich, kommt.

Indem bis zu 50 Prozent der Mittel für die strukturelle Konsolidierung des Krankenhausesektors der Schwankungsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden sollen, wird die GKV zu einer der tragenden Säulen der Strukturfinanzierung gemacht. Die Heranziehung von GKV-Mitteln für die Konsolidierung der Versorgungsinfrastruktur ist im System der dualen Finanzierung allerdings nicht systemgerecht. Der DIHK spricht sich gegen diese Finanzierung aus, da die Reserven des Gesundheitsfonds Mittel der GKV-Beitragszahler sind und ausschließlich der Sicherung der Beitrags-

satzstabilität dienen sollten. Bei Erreichen einer ausreichenden Größe müssen sie Unternehmen und Versicherten durch Beitragssenkungen rückerstattet, statt zweckentfremdet werden.

Im Rahmen der dualen Finanzierung tragen die Länder die Verantwortung für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgungsstruktur mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern. Dafür ist eine gesicherte Finanzierung der Krankenhäuser grundlegend und den Ländern kommt die Finanzierung der Investitionskosten zu. Doch sinkt der Finanzierungsanteil der Länder seit Jahren kontinuierlich. Mit den vorgesehenen zusätzlichen GKV-Mitteln zur Strukturberreinigung werden die Länder hier weiter entlastet – zu Lasten der GKV-Beitragszahler. Es ist daher positiv, dass der Gesetzentwurf wenigstens ein Mindestniveau für die Investitionskostenfinanzierung der Länder unabhängig von den Strukturfonds-Mitteln festschreibt, um eine zusätzliche Verschiebung zu Lasten der GKV zu vermeiden. Ob die im Entwurf zur Nutzung von Mitteln aus dem Strukturfonds geforderte Konstanz der Länderinvestitionen auf dem durchschnittlichen Niveau der vergangenen drei Jahre dafür ausreicht, muss aber bezweifelt werden. Vielmehr müssten die Länder ihre Investitionen erheblich ausweiten, um den in den vergangenen Jahren entstandenen Investitionsstau abzubauen.

Angesichts des Investitionsstaus in der Krankenhauslandschaft hat sich in den vergangenen Jahren in Teilen bereits ein schleichender Übergang zur monistischen Finanzierung vollzogen. Die Heranziehung des Gesundheitsfonds für die Einrichtung des Strukturfonds ist ein weiterer Schritt in diese Richtung – allerdings ohne die entsprechende Anpassung der Gestaltungsmöglichkeiten. Investitionsentscheidungen und das Tragen der Folgekosten sollten in einer Hand liegen. Zudem hindert die Trennung zwischen krankenkassenfinanzierten Betriebskosten und steuerfinanzierten Investitionen die Krankenhausleitungen an einer sinnvollen betriebswirtschaftlichen Planung. Als mittelfristiges Reformziel sollte daher eine monistische Finanzierung angestrebt werden, bei der die Krankenkassen die diagnosespezifischen Fallpauschalen, die sie an die Krankenhäuser zahlen, um Investitionszuschläge ergänzen. Dazu muss perspektivisch die alleinige Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung und ihr alleiniger Sicherstellungsauftrag auf den Prüfstand gestellt werden. Damit würden die Investitionsplanungen außerdem ein Stück weit unabhängiger vom politischen Einfluss.

Abschließende Bemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält wichtige Schritte für eine qualitativ hochwertige und wettbewerbsfähige Krankenhausversorgung in Deutschland. Die Potenziale für die weitere Entwicklung der deutschen Krankenhauslandschaft müssen aus Sicht der Wirtschaft weiter erschlossen und



Berlin, 1. September 2015

genutzt werden. Dazu ist es richtig, eine stärkere Qualitätsorientierung bei der stationären Versorgung anzustreben. Dabei sollten aber die Bürokratiekosten für die Krankenhäuser möglichst gering gehalten und demografisch sowie innovationsbedingte Wachstumspotenziale des Krankenhaussektors nicht abgewürgt werden.

Neben richtigen Ansätzen besteht insbesondere in den Punkten Finanzierungsstruktur und Strukturfonds Verbesserungsbedarf. Strukturanpassungen im Krankenhaussektor sollten nicht zu Lasten anderer Wirtschaftsbereiche und nicht auf Kosten der Beitragszahler umgesetzt werden. Zudem sollte der Wettbewerb – unter Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung – stärkere Bedeutung erhalten.

Effizienz- und Optimierungsbestrebungen müssen in Zeiten der Digitalisierung zudem über rein strukturelle Änderungen hinausreichen. Vernetzung der Leistungserbringer, Optimierung der Prozessabläufe, digitaler Datenaustausch usw. sind für eine Qualitätsoffensive ebenfalls wichtig.

Ansprechpartner im DIHK:

Stefanie Koenig

E-Mail: koenig.stefanie@dihk.de

Tel.: 030 / 20308 – 1622

Fax: 030 / 20308 – 51622