

Krankenhausreform – nur wirksam mit Korrekturen!

Die Krankenhausreform steht an einem Kipppunkt. Notwendig und richtig ist die Neustrukturierung der stationären Versorgung verbunden mit sektorenübergreifenden Ansätzen und einer grundlegenden Vergütungsreform. Dazu gehört eine einheitlich geregelte Krankenhausplanung mit stationären Leistungsgruppen und verbindlichen Vorgaben zur Qualität. Dass die Kosten der Reform einseitig die Beitragszahlenden der GKV belasten soll, geht genauso fehl, wie der vorgesehene Verzicht auf das aktive Einverständnis der Kassen bei den zukünftigen Planungsprozessen. Schließlich haben die Entscheidungen direkte Auswirkungen auf ihre Ausgaben. Durch zahlreiche Ausnahmen droht die bundeseinheitliche Umsetzung der Einführung von Leistungsgruppen ins Leere zu laufen. Eine echte Krankenhausreform, die ihren Namen verdient, muss in entscheidenden Punkten korrigiert werden.

Psychiatrie in Leistungsgruppen aufnehmen Der Gesetzentwurf zum KHVVG legt ausdrücklich die Planungsprinzipien aus NRW zugrunde. Diese NRW-Leistungsgruppen umfassen jedoch Somatik und Psychiatrie gemeinsam. Wenn also der Gesetzentwurf im Bereich der Krankenhausplanung und der Leistungsgruppen tatsächlich eine Blaupause der NRW-Vorgaben sein soll, müssen für die Psychiatrie mindestens vier Leistungsgruppen ebenfalls aufgenommen werden. Somatische Überkapazitäten sollen abgebaut werden. Das darf keinesfalls durch den Aufbau nicht bedarfsnotwendiger psychiatrischer Kapazitäten kompensiert werden.

Einzelfallprüfungen erhalten Die etablierte Einzelfallprüfung der Krankenhausrechnungen soll durch eine nicht näher definierte Stichprobenprüfung abgelöst werden, obwohl in der Praxis bereits mehrere Versuche, mit Stichproben zu arbeiten, gescheitert sind. Den Krankenkassen würde durch die Streichung der Rechnungsprüfung ein erheblicher finanzieller Schaden in Milliardenhöhe zugefügt. Die reguläre Prüfung von Rechnungen ist keine bürokratische Schikane, sondern elementarer Bestandteil ordnungsgemäßer, wirtschaftlicher Geschäftstätigkeit.

Krankenhausplanung nur im Einvernehmen mit Kassen Für zukünftige Planungsentscheidungen ist laut Gesetzentwurf zum KHVVG nicht mehr das Einverständnis zwischen Bundesländern und Krankenkassen, sondern lediglich das Herstellen des Benehmens erforderlich. Damit wäre die GKV jeglicher Möglichkeit zur konkreten Einflussnahme auf das Planungsgeschehen in den Ländern beraubt. Das ist ein erheblicher Rückschritt zum Arbeitsentwurf des Gesetzes.

Sektorenübergreifende Einrichtungen am Bedarf orientieren Viele kleinere Krankenhäuser sollen als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zukünftig auch für die hausärztliche Versorgung zugelassen werden können. Voraussetzung dafür wäre lediglich das Fehlen einer Zulassungsbeschränkung, keine definierte Unterversorgung. Zusätzlich könnten sich auch weitere integrierte oder regionale Gesundheitszentren zu solchen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen entwickeln. Das Reformziel der Konzentration und Spezialisierung von Krankenhäusern wird so verfehlt. Vielmehr ist zu befürchten, dass gerade im urbanen Raum neue stationäre Einrichtungen entstehen werden, wo ohnehin das Problem der Überversorgung besteht.

Beitragszahlende im Blick behalten Der Entwurf zum KHVVG enthält umfangreiche Finanzhilfen für die Krankenhäuser. Dabei handelt es sich ausschließlich um zusätzliche Belastungen für die Beitragszahlenden der GKV.

- Der Orientierungswert soll de facto einzige Obergrenze für Vergütungserhöhungen im stationären Bereich werden. Dieser Orientierungswert bildet lediglich die Kostenentwicklung der Krankenhäuser ab und ist abgekoppelt von der Einnahmenentwicklung der GKV.
- Die schon bisher bestehende pauschale Förderung der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser wird zu Lasten der Krankenkassen pauschal um 20 Prozent auf bis zu 1 Mio. € jährlich je Krankenhaus erhöht. Diese Förderung erfolgt ohne Nachweis des konkreten Bedarfs.
- Zukünftig sind Tarifierhöhungen vollständig, auch unterjährig, an die Krankenhäuser weiterzugeben. Für die Zukunft ist zu befürchten, dass die Vertragsparteien auf Bundes-, Landes- und Ortsebene mehrmals im Jahr die Vergütungen verhandeln müssten. Das ergibt einen erheblichen Mehraufwand, auch für die Genehmigungsbehörden der Länder.
- Zuschläge für Pädiatrie und Geburtshilfe werden zukünftig um Zuschläge für Stroke Units, Traumatologie und ITS in Höhe von insgesamt 538 Mio. € jährlich erweitert. Für diese Zuschläge fehlt die wirtschaftliche Begründung, denn die jeweiligen DRG werden ja weiterhin nach den realen Ist-Kosten kalkuliert.
- Die Hochschulkliniken sollen zusätzliche Mittel in Höhe von 75 Mio. € jährlich erhalten. Auch dafür fehlt eine ökonomische Begründung. Allein der Status rechtfertigt keine Kostensteigerung zu Lasten der Beitragszahlenden.

Transformationsfonds mit echter Beteiligung des Bundes Über einen zehnjährigen Transformationsfonds sollen die Beitragszahlenden der GKV mit insgesamt 25 Mrd. Euro belastet werden. Eine faire Kostenbeteiligung muss die PKV mit einbeziehen. Außerdem wäre ein echtes Einvernehmen mit den Krankenkassen bei der Krankenhausplanung der Bundesländer Mindestvoraussetzung für eine Kostenbeteiligung der GKV.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
Luisenstraße 46, 10117 Berlin
Tel. 030 - 28884710
berlin-gesundheitspolitik@tk.de