

Wiesbaden / Bonn / Berlin, 18. Dezember 2018

## Für mehr Strukturwandel in der Krankenhausversorgung

### ***Gemeinsame Pressemitteilung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen***

Der **Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung** hat in seinem aktuellen Jahresgutachten 2018/19 die Weiterentwicklung des Krankenhaussektors aus ökonomischer Sicht diskutiert. Der **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** hat diesen Bereich in seinem kürzlich veröffentlichten Gutachten ebenfalls in den Blick genommen. Die Analysen beider Räte gelangen hinsichtlich des Reformbedarfs zu weitgehend übereinstimmenden Schlussfolgerungen. Die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen würden den Rahmen für einen **Qualitätswettbewerb im Krankenhaussektor** stärken und die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen.

**Strukturbereinigung.** Im internationalen Vergleich weist Deutschland im stationären Sektor nach wie vor hohe Kapazitäten auf. Im Abbau von Überkapazitäten dürften signifikante Qualitäts- und Effizienzgewinne schlummern. Daher sehen beide Räte weiterhin einen erheblichen Restrukturierungs- und Konsolidierungsbedarf. Die gerade durch den Gesetzgeber beschlossene Verlängerung des „**Strukturfonds**“, mit dem Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen befördert werden sollen, ist dabei ein geeignetes Instrument. Er sollte künftig aber stärker auf den Kapazitätsabbau konzentriert werden. Mit den Kassen vereinbarte Sicherstellungszuschläge können den regionalen Versorgungsbedarf berücksichtigen. Da PKV-Versicherte ebenfalls Nutznießer der Fördermittel sind, sollten sie sich am Strukturfonds finanziell beteiligen, entweder über einen Pflichtbeitrag oder über Steuermittel aus dem Bundeshaushalt.

**Investitionsfinanzierung.** Bislang sind die Länder für die Krankenhausplanung und Finanzierung der nötigen Investitionen in die Krankenhäuser verantwortlich und die Krankenkassen übernehmen die Kosten der Behandlungen und damit des Betriebs. Das Volumen der den Krankenhäusern von den Ländern zugewiesenen Investitionsfördermittel ist seit Jahrzehnten rückläufig und variiert stark über die Länder. Dadurch gerät die Substanz der Krankenhäuser langfristig in Gefahr. Die Krankenhausfinanzierung sollte daher vom bisherigen dualen auf ein **monistisches System** umgestellt werden. Die Investitionskosten würden dann nicht wie bislang von den Ländern, sondern von den Krankenkassen finanziert, wobei diese Mittel aus einem erhöhten

Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds stammen könnten. Zudem könnten selektive Einzelversorgungsverträge Investitionen von Krankenhäusern, die eine hohe Versorgungsqualität aufweisen, in stärkerem Maße fördern. Gleichzeitig wäre dieses System weniger abhängig von der Finanzkraft der Länder und ihren politischen Zyklen.

**Leistungsvergütung.** Das deutsche Fallpauschalen-System (diagnosis-related groups, DRGs) hat die Transparenz in der Versorgung und Vergütung deutlich erhöht und sollte daher weiterentwickelt werden. Allerdings hat sich die Anzahl der DRGs und der Zusatzentgelte seit Einführung des DRG-Systems verdoppelt. Dadurch wurde das **Vergütungssystem zunehmend verkompliziert**, während die mit der Ausdifferenzierung beabsichtigte Vergütungsgerechtigkeit umstritten bleibt. Die ursprüngliche Intention eines pauschalierenden Systems wird damit zunehmend untergraben. Darüber hinaus verdeutlicht der internationale Vergleich, dass das DRG-System in Deutschland eine zu dominante Stellung bei der Krankenhausvergütung einnimmt und damit einen erhöhten Anreiz zur Leistungsausweitung bietet. Daher sollten künftig pauschale Vergütungselemente einen höheren Anteil an der Krankenhausvergütung erhalten.

**Ambulantisierung.** In deutschen Krankenhäusern werden viele Behandlungen stationär durchgeführt, die in anderen Ländern ambulant erbracht werden, ohne die Versorgungsqualität zu kompromittieren. Dabei ist die ambulante Behandlung typischerweise mit geringeren Kosten verbunden. Die im deutschen Gesundheitswesen historisch gewachsene **starke sektorale Trennung** betrifft unter anderem die Bedarfsplanung, die Vergütung, die Mengensteuerung und die Qualitätssicherung. Dadurch werden Möglichkeiten zur Kooperation eingeschränkt, die Koordination zwischen den beiden Sektoren erschwert sowie unterschiedliche Anreize hinsichtlich der Auswahl und Durchführung von Leistungen gesetzt. Um die hierdurch brachliegenden Qualitäts- und Effizienzpotenziale zu heben, sollte die sektorenübergreifende Versorgung ausgebaut und die Ambulantisierung vorangetrieben werden.

Ansprechpartner:

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**

Dr. Frank Niggemeier, M.A. (Leiter der Geschäftsstelle), Tel +49 (0) 228 99 441-4511

[svr@bmg.bund.de](mailto:svr@bmg.bund.de)

<http://www.svr-gesundheit.de>

*Ratsmitglieder:* Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, MPH [Vorsitzender],

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Prof. Dr. Marion Haubitz, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Prof. Dr. Jonas

Schreyögg, Prof. Dr. Petra Thümann, Prof. Dr. Eberhard Wille [stellv. Vorsitzender]

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung**

Birgit Hein (Geschäftsführerin), Tel +49 (0) 611 75-4288

[presse@svr-wirtschaft.de](mailto:presse@svr-wirtschaft.de)

<http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de>

*Ratsmitglieder:* Prof. Dr. Christoph M. Schmidt [Vorsitzender], Prof. Dr. Peter Bofinger,

Prof. Dr. Dr. h.c. Lars P. Feld, Prof. Dr. Isabel Schnabel, Prof. Volker Wieland, Ph.D.