

Verbesserte Transparenz ist kein Ersatz für verbindliche Vorgaben

Stellungnahme zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung für ein Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)

28. August 2023

Zusammenfassung

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass im Rahmen eines Transparenzverzeichnisses Informationen zum Leistungsangebot und zur Ausstattung der Krankenhausstandorte veröffentlicht werden. Diese Transparenzinitiative kann aber nur ein erster Schritt hin zu einer Transformation der Krankenhauslandschaft sein. Notwendig sind echte Reformen und bundeseinheitliche, verbindliche Strukturvorgaben sowie Mindestmengen für die Behandlung, um die Qualität und Effizienz der stationären Versorgung zu verbessern.

Im Einzelnen

Echte Reformen mit verpflichtenden Vorgaben notwendig

Es ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, dass ein Transparenzverzeichnis errichtet werden soll, um die Krankenhausbehandlung für die Patientinnen und Patienten laienverständlich transparent zu machen und damit Informationen bezogen auf Krankenhausstandorte, insbesondere zum jeweiligen Leistungsangebot, zur personellen Ausstattung und zu Qualitätsdaten im Internet zu veröffentlichen. Mehr Transparenz allein wird aber nicht reichen, um die notwendigen Verbesserungen der Qualität und Effizienz der Versorgung im Krankenhausbereich zu erreichen. Vielmehr müssen in einem nächsten Schritt auch verpflichtende Vorgaben gemacht werden.

Die im Rahmen der Krankenhausreform gemachten Vorschläge der Regierungskommission lieferten gute Ansätze für eine effizientere und qualitätsorientierte Gestaltung der Krankenhauslandschaft. Die Zuordnung der Krankenhäuser zu Versorgungsstufen (Level) und die Orientierung des Leistungsangebots an bundeseinheitlichen, verbindlich umzusetzenden Strukturvorgaben sowie Mindestmengen für die Behandlung (Leistungsgruppen) müssen verpflichtend im Rahmen der Krankenhausplanung umgesetzt werden. Nur so kann eine quantitative Konsolidierung der Krankenhauslandschaft bei gleichzeitiger Verbesserung der Behandlungsqualität und einer stärker ausdifferenzierten Versorgungslandschaft erreicht werden.



Krankenhauslandschaft neu ordnen und Grundversorgung sachgerecht sicherstellen

Durch eine Neuordnung des Krankenhausesektors, dem größten Ausgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, können erhebliche Kosten gespart und die Versorgungsqualität verbessert werden. Als wichtiger Schritt hin zu einer nachhaltigen und qualitätsbasierten gestuften Krankenhausstruktur (Basisversorgung und spezialisierte Versorgung) sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich beauftragt werden, bundeseinheitliche, verbindlich umzusetzende Strukturvorgaben sowie Mindestmengen für die Behandlung in Krankenhäusern vorzugeben, die bei der Krankenhausplanung eingehalten werden müssen. Hierzu können auch die sogenannten Leistungsgruppen herangezogen werden, die im Rahmen der Krankenhausreform von der Regierungskommission vorgeschlagen wurden.

Dabei ist sicherzustellen, dass Krankenhausbehandlungen künftig nur noch dort durchgeführt und finanziert werden, wo die vorgegebenen notwendigen medizinischen und personellen Voraussetzungen erfüllt werden. Die Folge wäre eine quantitative Konsolidierung der Krankenhauslandschaft bei gleichzeitiger qualitativer Verbesserung der Behandlungen und einer stärker ausdifferenzierten Versorgungslandschaft. Wie wichtig Spezialisierung für den Behandlungserfolg ist, zeigt z. B. die aktuelle WiZen-Studie, die einen deutlichen Überlebensvorteil für Patientinnen und Patienten mit Krebs, die in dafür spezialisierten, zertifizierten Zentren behandelt werden, zeigt¹.

Die Ergebnisse der von der Bertelsmann-Stiftung beauftragten Studie zur zukunftsfähigen Krankenhausversorgung² lassen darauf schließen, dass eine Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser in Deutschland möglich und zudem auch qualitätssteigernd wäre. Diese Feststellung bleibt grundsätzlich auch vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie aktuell. Gerade hier fand die stationäre und intensivmedizinische Versorgung überwiegend in großen und spezialisierten Krankenhäusern statt. Durch eine solche Konzentration auf notwendige Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten lassen sich auch die begrenzten Personalressourcen schonen und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Ärzte und Pflegekräfte ihre Aufgaben bestmöglich erfüllen können. Das ist dringend erforderlich, denn Deutschland hat zwar im OECD-Vergleich³ eine der höchsten Dichten an Pflegefachpersonen (12,0 Pflegefachpersonen je 1.000 Einwohner), rangiert mit einer „Nurse-to-bed-ratio“ von nur 0,88 jedoch nur auf den hinteren Plätzen. In den Niederlanden oder Norwegen hingegen beträgt das Verhältnis 1,44 oder sogar 2,64 Pflegefachpersonen je Krankenhausbett.⁴

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

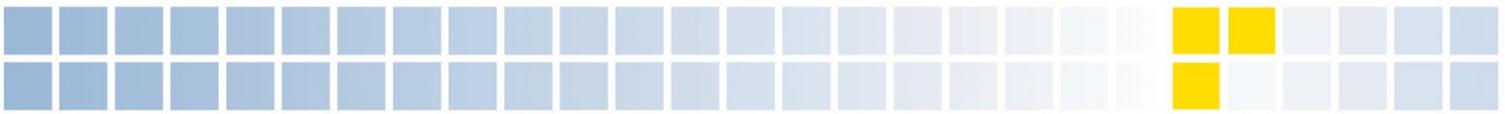
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

¹ Kurzfassung des Ergebnisberichts zum Projekt „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen)“, S. 2 https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/termine/kurzfassung_ergebnisbericht_wi-zen.pdf (letzter Abruf 25. August 2023)

² Loos/Albrecht/Zich (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, S. 81 ff. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaeihige-krankenhausversorgung> (letzter Abruf 18. August 2023)

³ Datenquelle OECD Data, <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm> (letzter Abruf 25. August 2023)

⁴ Nurse to hospital bed ratio in OECD https://www.theglobaleconomy.com/rankings/nurse_to_hospital_bed_ratio/OECD/, (letzter Abruf 25. August 2023)



Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.