

## **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)**

### **Kurzfristiger gesundheitspolitischer Handlungsbedarf bei vorgezogenen Bundestagswahlen**

**Juli 2005**

#### **Krankenhäuser sind Partner für Fortschritt und Beschäftigung**

Die Gesundheitswirtschaft hat ein enormes Beschäftigungs- und Innovationspotenzial. Krankenhäuser sind die tragende Säule unserer Gesundheitswirtschaft:

- Sie sind Motor für die Einführung medizinischer Innovationen in den Versorgungsalltag und Triebfeder für Forschung und Entwicklung bei neuen Behandlungsmethoden. Damit sind sie Entwickler und Nachfrager von High-Tech in einem.
- Die 2200 deutschen Krankenhäuser sind in der Fläche präsent. In vielen Regionen stellen sie die größten Arbeitgeber. Über eine Million Menschen finden in deutschen Krankenhäusern Arbeit, deutlich mehr als in der Automobilindustrie. Ausgaben in der Krankenhausversorgung sind beschäftigungsintensiver als in anderen Branchen. Zudem bilden Krankenhäuser fast den gesamten ärztlichen und pflegerischen Nachwuchs aus.

Daneben tragen die Krankenhäuser eine große soziale Verantwortung. Sie stellen sicher, dass alle Menschen flächendeckend und einkommensunabhängig Zugang zu komplexen medizinischen Leistungen auf internationalem Spitzenniveau haben. Das muss auch so bleiben.

Jetzt müssen politische Rahmenbedingungen geschaffen werden, das Innovations- und Beschäftigungspotenzial der Krankenhausbranche für die wirtschaftliche Entwicklung Deutschlands zu aktivieren und gleichzeitig die finanzielle Stabilität der sozialen Sicherungssysteme langfristig abzusichern. Wachstumsfesseln müssen abgebaut werden.

## Krankenhäuser bieten Lösungsansätze

Deutschlands Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Die Nachfrage nach komplexen Behandlungsleistungen steigt. Der medizinisch-technische Fortschritt erweitert ständig die Möglichkeiten der Medizin. Parallel dazu sinkt die finanzielle Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme. Vor diesem Hintergrund gilt es auch zukünftig den sozialen Anspruch zu verwirklichen, allen Menschen unabhängig vom Einkommen eine hochwertige Versorgung zu sichern.

Die DKG ist sich bewusst, dass die sozialen Sicherungssysteme diesen Entwicklungen in Zeiten leerer Kassen nicht alleine durch Mehrausgaben begegnen können. Auch seitens der Leistungserbringer sind neue Versorgungskonzepte und die Hinwendung zu Wettbewerbselementen in der Versorgung gefragt.

Die Krankenhäuser bieten hierzu Lösungen an:

- Das neue stationäre Vergütungssystem ist ein zentraler Ausgangspunkt für eine stärkere wettbewerbliche Orientierung nicht nur des Krankenhausbereichs, sondern auch der übrigen Leistungsanbieter. Im Zuge der Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (DRG)
  - verstehen sich Krankenhäuser zunehmend als Unternehmen im Wettbewerb;
  - wird der Leistungswettbewerb durch eine Neuordnung der Strukturen (Konzentration, Kooperation, Spezialisierung etc.) gefördert;
  - ist die Qualität der medizinischen Leistungen ein maßgeblicher Wettbewerbsparameter.
  
- Krankenhäuser wollen sich zu „Integrierten Dienstleistungszentren“ weiterentwickeln. Diese Zentren sollen – wie in den Gesundheitssystemen vieler anderer Länder längst üblich – die Gesamtverantwortung für die Versorgung von Patienten übernehmen. Die Versorgung aus einer Hand bietet im Vergleich zur heutigen, nach Sektoren gegliederten und entsprechend fragmentierten Gesundheitsversorgung erhebliche Potenziale für eine stärkere Patientenorientierung, mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die Ausgestaltung „Integrierter Dienstleistungszentren“ ist abhängig vom jeweiligen lokalen Versorgungsumfeld. Krankenhäuser können Leistungen selbst oder in Kooperation mit anderen Leistungserbringern – insbesondere aus dem vertragsärztlichen Bereich – erbringen.

## **Verbesserte Rahmenbedingungen notwendig**

Um diese Potenziale erschließen zu können, sind verbesserte Rahmenbedingungen notwendig.

### **➤ *Zukunft des DRG-Systems frühzeitig regeln***

Die Umstellung auf ein diagnose-orientiertes Fallpauschalensystem (DRG) macht eine Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung notwendig. Das Zweite Fallpauschalenänderungsgesetz regelt nur die Anwendung des DRG-Systems über die Konvergenzbedingungen bis zum Jahr 2009.

Die anschließenden ordnungspolitischen Rahmenbedingungen müssen frühzeitig politisch entschieden werden. Verlässliche Grundlagen sind Voraussetzung für eine nachhaltige betriebswirtschaftliche Planung.

### **➤ *Gesundheitssystem wettbewerbsorientiert weiterentwickeln***

Eine Stärkung des Wettbewerbs kann die strikte sektorale Gliederung im Gesundheitswesen durchbrechen. Die in den letzten Jahren geschaffenen Möglichkeiten zur Erprobung neuer Versorgungs- und Vergütungskonzepte sind dahingehend ein Schritt in die richtige Richtung. Der Gesetzgeber hat diese neuen, wettbewerbsorientierten Regelungen jedoch nicht konsequent ausgestaltet. Neue Versorgungskonzepte bleiben deshalb oft im Ansatz stecken.

Ziel muss es deshalb sein, das Vertragsinstrument der Integrierten Versorgung und die Ansätze zur ambulanten Öffnung der Krankenhäuser so auszugestalten, dass Sektoren übergreifend ein echter Wettbewerb um die bessere Versorgung entsteht. Gleiche Wettbewerbsbedingungen sind dabei Voraussetzung.

Erforderlich ist dabei ein Ordnungsrahmen, der Wettbewerbselemente und Elemente staatlicher Steuerung sinnvoll kombiniert. Eine rein marktwirtschaftliche Selbststeuerung ist mit den Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitssystems und der sozialstaatlichen Verpflichtung zur Daseinsvorsorge nicht vereinbar.

Daher bedarf es ergänzend zu Wettbewerbsmodellen einer deutlichen Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten, die moderne Versorgungsstrukturen und eine effiziente Nutzung medizinischer Ressourcen fördern.

## ***Selbstverwaltung wettbewerbskonform gestalten***

Im Gesundheitswesen haben Krankenkassen und Leistungserbringer in der Selbstverwaltung eigene Steuerungs- und Entscheidungskompetenzen. Punktuell sind hier Verbesserungen nötig, da bestimmte Selbstverwaltungsstrukturen dem politisch gewollten Wettbewerb in der Versorgung wesentlich entgegen stehen.

So haben Krankenkassen, Krankenhäuser und Vertragsärzte den gesetzlichen Auftrag, gemeinsam einen Vertrag darüber zu schließen, welche ambulanten Operationen Krankenhäuser durchführen dürfen (§ 115 b SGB V). Bis heute ist es nicht gelungen, in diesem Vertrag faire Konditionen für die Krankenhäuser festzulegen. Das hindert die Krankenhäuser daran, in diesem Feld aktiv zu werden. Um den Sektoren übergreifenden Wettbewerb zu fördern, muss der gesetzliche Auftrag nach § 115b SGB V auf eine zweiseitige Vertragsgrundlage zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern gestellt werden.

Neben den unmittelbaren Verträgen ist der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die wichtigste Selbstverwaltungsinstanz. Dort entscheiden bisher Kassen, Krankenhäuser und Vertragsärzte gemeinsam, inwieweit Krankenhäuser bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen ambulant behandeln dürfen (Leistungskatalog für § 116 b SGB V). Die gegensätzlichen Interessen führen dazu, dass das vom Gesetzgeber für den Wettbewerb freigegebene Leistungsspektrum unzulässig beschnitten werden soll. Deshalb müssen die gesetzlichen Vorgaben geändert werden:

- Entweder müssen Krankenkassen und Krankenhäuser zukünftig nur noch zweiseitig im GBA über den Leistungskatalog nach § 116 b SGB V entscheiden.
- Oder der ambulante Leistungskatalog nach § 116 b SGB V muss aus dem GBA herausgelöst und in einen zweiseitig auszugestaltenden gesetzlichen Zulassungsanspruch für Krankenhäuser in der Systematik des § 115 b SGB V überführt werden.

### **➤ *Freiraum für Innovationen schaffen***

Der medizinisch-technische Fortschritt muss den Patienten weiterhin zeitnah zugute kommen. Sparpolitik darf nicht heißen, den Patienten Innovationen vorzuenthalten. Dies wäre auch volkswirtschaftlich betrachtet kontraproduktiv. Krankenhäuser sind der Motor für die Diffusion des medizinisch-technischen Fortschritts. Deshalb müssen sie Innovationen auch zukünftig unverzüglich in die Versorgung integrieren dürfen. Die Regelungen zur Finanzierung und zur Nutzenbewertung von Innovationen müssen diesem Anspruch gerecht werden.

➤ **Leistungsprofil der Krankenhäuser schärfen**

Zwischen ambulanten und stationären Leistungen gibt es ein breites Spektrum von sog. „teilstationären Leistungen“. Für sie ist keine dauerhafte Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus notwendig. Sie müssen aber trotzdem innerhalb der Krankenhausinfrastruktur erbracht werden. Dieser Leistungsbereich ist bisher nicht eindeutig definiert und sozialrechtlich unzureichend abgesichert. Hier ist im Interesse der Krankenhäuser und der Patienten eine klare gesetzliche Regelung erforderlich.

➤ **Bürokratie abbauen**

Die Bürokratie im Krankenhaus muss auf das notwendige Maß zurückgeführt werden. Es besteht die Gefahr, dass ausufernde Verwaltungstätigkeiten zu Lasten der Patientenversorgung die knappen Ressourcen in den Häusern binden. Diesbezüglich ist die Misstrauensbürokratie der Kassen ein großes Problem. Ein konkretes Beispiel für einen unverhältnismäßigen Bürokratieaufwand sind die Disease-Management-Programme (DMP). Sie sind für die teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser mit enormen Dokumentationsverpflichtungen belastet, die in erster Linie aus der Koppelung der Programme mit dem Risikostrukturausgleich resultieren. Dieser bürokratische Aufwand ist insbesondere deshalb nicht akzeptabel, weil es bislang noch keine Nachweis dafür gibt, dass die medizinische Versorgung der Patienten durch DMP qualitativ verbessert wird.

Disease-Management-Programme müssen vom Risikostrukturausgleich entkoppelt werden.

➤ **Flexible Arbeitsorganisation ermöglichen**

Zum 1. Januar 2004 hat der Gesetzgeber aufgrund von EU-rechtlichen Vorgaben das deutsche Arbeitszeitgesetz geändert. Seitdem gelten Bereitschaftsdienste voll als Arbeitszeit. Dies schränkt in den Krankenhäusern die - z.B. wegen der Notfallversorgung - notwendige Flexibilität bei der Arbeitsorganisation ein. Die neue Regelung führt in den deutschen Krankenhäusern zu massiven Personalengpässen und gefährdet die flächendeckende Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten. Sie ist nicht sachgerecht und widerspricht dem Willen der Mehrzahl der betroffenen Ärzte.

Mittlerweile hat die Europäische Kommission erkannt, dass die EU-Vorgaben zum Bereitschaftsdienst nicht so bleiben können. Deshalb läuft derzeit ein Verfahren zur Novellierung dieser Vorgaben. Dieses Verfahren wird absehbar nicht bis Ende 2005 abgeschlossen sein. Dann läuft aber die Übergangsregelung im deutschen

Arbeitszeitgesetz aus, wonach nach altem Recht vereinbarte Arbeitszeitmodelle noch bis 31. Dezember 2005 bestehen bleiben können.

Die Übergangsfrist im Arbeitszeitgesetz muss über den 31. Dezember 2005 hinaus verlängert werden. Nach Abschluss des EU-Verfahrens kann dann das deutsche Arbeitszeitgesetz auf Grundlage der neuen EU-Vorgaben erneut angepasst werden.

➤ ***Sozialdienstleistungen im EU-Binnenmarkt absichern***

Die aktuelle Debatte um die EU-Dienstleistungsrichtlinie zeigt, dass bzgl. der Rolle von Sozialdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt viele Fragen offen sind. Hier fallen in den nächsten zwölf Monaten wegweisende Entscheidungen. Dabei gilt es sicherzustellen, dass die ausschließliche nationale Zuständigkeit für die Organisation und Ausgestaltung dieser Dienstleistungssektoren erhalten bleibt.

Das europäische Recht muss den Besonderheiten von Sozialdienstleistungen gegenüber rein marktgesteuerten kommerziellen Dienstleistungen Rechnung tragen.