

# „Zukunft der Krankenhausversorgung“

Stellungnahme der DKG zum Fragenkatalog der AOLG für die Expertenanhörung „Zukunft der Krankenhausversorgung“ am 20. September 2007 in Stuttgart

*Die DKG-Geschäftsstelle hat nach Beratungen des Präsidiums und des Vorstands über den Sachstand zur Diskussion über den „Ordnungspolitischen Rahmen“ der Krankenhausfinanzierung nach der Beendigung der Konvergenzphase eine Stellungnahme für die Expertenanhörung „Zukunft der Krankenhausversorgung“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) erstellt. Die AOLG hatte für die Anhörung am 20. September 2007 in Stuttgart einen Fragenkatalog formuliert, anhand dessen die DKG im nachfolgend abgedruckten Papier ihre Positionen zu den Komplexen „Finanzierung der Betriebskosten“, „Sicherstellungsauftrag/Krankenhausplanung“, „Kontrahierungszwang/Krankenhaus als Gesundheitszentrum“, „Finanzierung der Investitionskosten“ und „Qualität“ dargelegt hat.*

## I. Finanzierung der Betriebskosten

### 1. Welche Bilanz kann zur Lage der Krankenhäuser bei der Einführung des DRG-Systems gezogen werden und welcher Handlungsbedarf wird gesehen?

Auf die Frage nach einer Bilanz zur Lage der Krankenhäuser bei der Einführung des DRG-Systems ist grundsätzlich nur eine differenzierte Antwort möglich, da es in diesem System naturgemäß Gewinner und Verlierer gibt. Generell findet aber ein leistungsorientiertes Vergütungssystem breite Zustimmung.

Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern hat durch die Einführung des DRG-Systems deutlich an Intensität zugenommen. Die enormen Wanderbewegungen der Patienten zwischen den Krankenhäusern, die gestiegene Anzahl von Krankenhausschließungen, der Abbau von Bettenkapazitäten sowie die von Jahr zu Jahr sinkende Zahl der Beschäftigten in den Krankenhäusern sind klare Belege dafür.

Der Umstellungsaufwand in den Krankenhäusern infolge der DRG-Einführung war erheblich. Dies betraf die neuen Anforderungen an die medizinische Dokumentation, die innerbetriebliche Kosten- und Leistungsrechnung sowie die Anwendung der Abrechnungsregeln und den Ausbau der dazu notwendigen IT-Infrastruktur. Besonders das ärztliche Personal ist durch die zugenommenen Kodieraufgaben stark belastet. Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen ist der bisher verlaufende Einführungsprozess des Systems insbesondere auch aufgrund der Anstrengungen der Krankenhäuser weitestgehend reibungslos vonstatten gegangen.

In den vergangenen Jahren hatten die Krankenhäuser – insbesondere infolge der drastischen Tariflohnsteigerungen sowie gesetzlicher Auflagen – zusätzlich erhebliche Kostenbelastungen zu verkraften. Nur den enormen Anstrengungen der Krankenhäuser ist es zu verdanken, dass die Krankenhausausgaben der GKV dennoch allenfalls moderat angestiegen sind. Immer deutlicher wird, dass die enge Bindung der ambulanten und stationären Vergütungen der gesetzlichen Krankenkassen an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen kein zukunftsfähiger Weg ist. Zwischen dem medizinischen Versorgungsbedarf und der Lohn- und Gehaltsentwicklung in der Volkswirtschaft gibt es keinen direkten Zusammenhang. Vielmehr behindert die Grundlohnorientierung Innovationen und Wachstum im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsausgaben und insbesondere die Krankenhausausgaben müssen daher von der Entwicklung der Grundlohnrate entkoppelt werden.

Eine Orientierung an der Einnahmenentwicklung der GKV kann nur für allgemeine Kostenfaktoren akzeptiert werden. Morbiditätsrisiken, medizinischer Fortschritt sowie außerordentliche Tariflohnsteigerungen müssen darüber hinaus voll von den Kostenträgern bzw. Nutzern der Leistungen finanziert werden.

### 2. Welche Änderungen des derzeitigen Vergütungssystems sind nach Ablauf der Konvergenzphase unverzichtbar?

Die Zusammenwirkung der Systemkomponenten bestehend aus der bundeseinheitlichen Leistungsdefinition mit bundeseinheitlicher Bewertung, den landesspezifischen Basisfallwerten für die Preisbildung und den für die in einem Pauschalierungssystem zwingend notwendigen Öffnungsklauseln hat sich bislang bewährt. Nach Ablauf der Konvergenzphase muss das System in ein Festpreissystem überführt werden, die gesetzliche Deckelung der Landesbasisfallwerte ist aufzuheben. Am Prinzip prospektiver Budgetvereinbarungen mit allen Kostenträgern gemeinsam und deren Schiedsstellenfähigkeit und der Möglichkeit von Mehr- und Mindererlösausgleichen ist festzuhalten.

Im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) müssen die Personalkostensteigerungen infolge von Tariflohnsteigerungen refinanziert und die Vereinbarung von Mehrleistungen schiedsstellenfähig ausgestaltet werden. Für die psychiatrischen Einrichtungen ist die Refinanzierung der sich aus der PsychPV ergebenden Personalkosten grundsätzlich sicherzustellen. Die Refinanzierung ist darüber hinaus auch eine zwingende Voraussetzung für einen Einstieg in ein eigenständiges, tagesbezogenes, pauschalierendes Entgeltsystem für die psychiatrischen Einrichtungen. ▶

Die Wahlmöglichkeiten der gesetzlich krankenversicherten Patienten müssen erweitert werden. Die Honorierung von wahlärztlichen Leistungen muss auch zukünftig auf der Basis einer eigenständigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgen. Die Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Ärzte an die Krankenhäuser ist weiterhin sicherzustellen.

Im Detail sollte das Vergütungssystem nach Ablauf der Konvergenzphase wie folgt ausgestaltet werden:

#### *Bundeseinheitliche Leistungsdefinition und -bewertung*

- Die Parteien der Selbstverwaltung haben in den vergangenen Jahren ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt; die bisherige Praxis (Vereinbarung auf Grundlage der Vorarbeiten des Instituts für das neue Entgeltsystem im Krankenhaus) hat sich bewährt und soll beibehalten werden.
- Es ist davon auszugehen, dass auch nach Abschluss der Konvergenzphase nicht alle stationären Leistungen im DRG-System sachgerecht abgebildet werden können und deshalb die bestehenden Öffnungsklauseln und Regelungen insbesondere auch für besondere Einrichtungen zwingend erforderlich sind.
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind auch weiterhin zusätzlich zu finanzieren.

#### *Vereinbarung der Landesbasisfallwerte*

- Über eine Veränderung zu einem Vergütungssystem mit bundeseinheitlichem Preisniveau kann erst nach Analyse im Jahr 2009 entschieden werden.
- Die Basisfallwerte sind weiterhin durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbaren.
- Durch Multiplikation mit den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen werden aus den Landesbasisfallwerten Festpreise, auf die das Krankenhaus Anspruch hat.
- Die gesetzliche Deckelung der Landesbasisfallwerte durch die Zuwachsrate der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist aufzuheben. Allenfalls allgemeine Preis- und Kostenentwicklungen könnten sich hieran orientieren.
- Leistungszuwächse infolge Morbidität sowie der Mehraufwand des medizinischen Fortschritts müssen zusätzlich finanziert werden können.
- Angesichts der bereits weitestgehend ausgeschöpften Wirtschaftlichkeitsreserven der Krankenhäuser gilt das Gleiche für Mehrkosten von Tarifabschlüssen, zumal auch diese nicht durch eine allgemeine Preisentwicklung gedeckt und durch die einzelnen Krankenhäuser weder zu beeinflussen noch über Preise (Festpreissystem) individuell zu kompensieren sind.

#### *Krankenhausindividuelle Budgetvereinbarungen*

- Das Prinzip prospektiver Budgetvereinbarungen über die Leistungen des Krankenhauses mit allen Kostenträgern gemeinsam ist beizubehalten.
- Leistungen für Selbstzahler werden außerhalb des Budgets erbracht.

- Die Vereinbarung des erwarteten Leistungsvolumens ist schiedsstellenfähig.
- Vereinbarte Mehrleistungen bzw. Minderleistungen sind auf der Basis der vereinbarten (Fest-)Preise zu 100 Prozent zu vergüten.
- Mehrerlöse sind grundsätzlich zu 65 Prozent und Mindererlöse zu 40 Prozent gemeinsam über alle Entgeltbereiche auszugleichen; die bisherigen Ausnahmeregelungen in § 4 Absatz 9 KHEntgG zur sachgerechten Differenzierung bestimmter Erlösbereiche sollten beibehalten werden; abweichende Vereinbarungen sollten möglich sein.
- Der Tatbestand „kodierbedingte Mehrerlöse“ tritt aufgrund des weiterentwickelten DRG-Systems und der Kodiererfahrung von Krankenhäusern und Krankenkassen nicht mehr auf. Ein diesbezüglicher Ausgleich ist deshalb nicht mehr sachgerecht.
- Zu- und Abschläge für besondere Versorgungsbereiche bzw. -situationen (Zentren und Schwerpunkte sowie Sicherstellungszuschlag) sind weiter erforderlich.

#### *Vom DRG-System ausgenommene Krankenhäuser (zum Beispiel Psychiatrie)*

- Die Refinanzierung der sich aus der PsychPV ergebenden Personalkosten ist durch Änderungen in der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) grundsätzlich sicherzustellen. Die Refinanzierung dieser Personalkosten ist darüber hinaus auch eine zwingende Voraussetzung für einen Einstieg in ein eigenständiges, tagesbezogenes, pauschalierendes Entgeltsystem für die psychiatrischen Einrichtungen.
- Personalkostensteigerungen infolge von Tariflohnsteigerungen müssen refinanziert werden.
- Die Vereinbarung von Mehrleistungen muss schiedsstellenfähig sein.

#### *Wahlleistungen*

- Die Wahlmöglichkeiten der gesetzlich krankenversicherten Patienten müssen erweitert werden. Die bereits im Gesetz vorgesehene Möglichkeit für GKV-Patienten, die Kostenerstattung zu wählen, sollte flexibler werden. Patienten sollten sich bei jedem Krankenhausaufenthalt neu hierzu entscheiden können.
- Die Berechnung wahlärztlicher Leistungen muss auch zukünftig auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgen. Die GOÄ muss dazu in regelmäßigen Abständen weiterentwickelt werden. Dies betrifft insbesondere die Aktualisierung der Leistungsverzeichnisse und die Einbeziehung von Innovationen.
- Die Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Ärzte an die Krankenhäuser ist weiterhin sicherzustellen.

### **3. Soll das DRG-System ein Festpreissystem bleiben oder soll auch Preiswettbewerb unter den Krankenhäusern stattfinden? Sollen Höchst-, Richt- und/oder Festpreise vereinbart werden?**

Die Krankenhäuser stellen sich dem Wettbewerb, der durch die Einführung des leistungsorientierten Vergütungssystems um Leistungen und Qualität geführt wird und in den letzten Jahren bereits deutlich zugenommen hat (siehe

Abbildung in der Anlage). Wettbewerb erhöht Effizienz und Qualität. Für das medizinische Leistungsspektrum der Krankenhäuser ist Preiswettbewerb kein geeignetes Steuerungsinstrument, da hierdurch die fiskalischen Aspekte zwangsläufig in den Vordergrund treten. Preiswettbewerb geht zu Lasten der Qualität. Zur Stärkung der Patientenorientierung muss der Wettbewerb daher auch zukünftig als Wettbewerb um die beste Qualität und nicht als Preiswettbewerb ausgestaltet sein.

Als negative Konsequenzen eines Preiswettbewerbs ist insbesondere zu erwarten, dass

- die Versorgungs- und Behandlungsqualität schlechter und die Versorgung insgesamt unsicherer wird;
- die Patientensouveränität beschnitten wird;
- sich die Effizienz der Leistungserbringung in den Krankenhäusern verschlechtert;
- die Bürokratiekosten der Krankenhäuser und Krankenkassen unnötigerweise deutlich ansteigen.

In einem Leistungs- und Qualitätswettbewerb stimmen dagegen Anreize und Zielsetzung überein, sodass weitere Verbesserungen der Versorgungs- und Behandlungsqualität zu erwarten sind.

#### **4. Unter welchen Bedingungen ist eine Fortentwicklung des DRG-Systems von landeseinheitlichen Preisen zu bundeseinheitlichen Preisen möglich?**

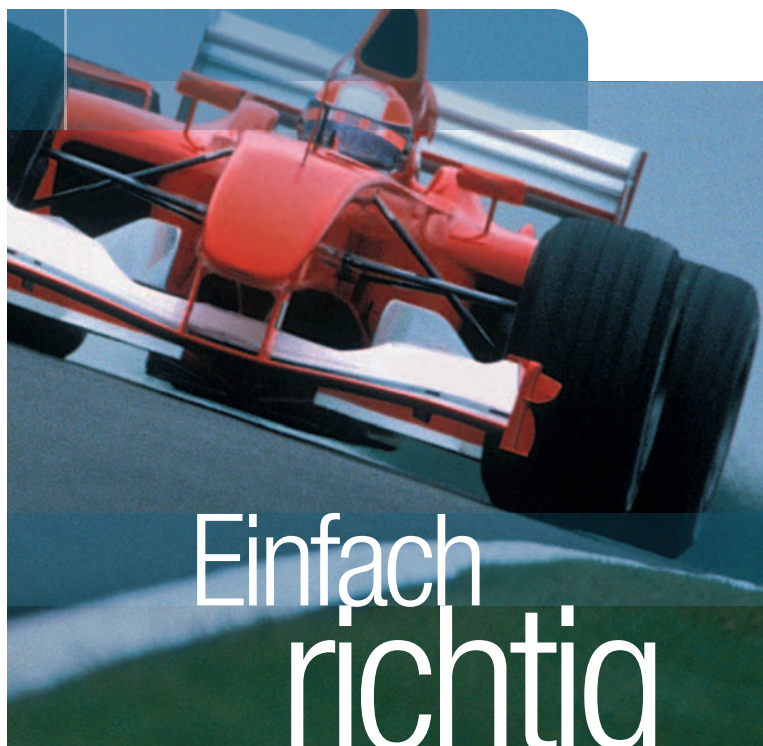
Infolge der Konvergenz der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an die jeweiligen Landesbasisfallwerte ist für die ersten 3 Jahre der Konvergenzphase auch eine Annäherung der Landesbasisfallwerte untereinander festzustellen. Es kann angenommen werden, dass diese Entwicklung in den nächsten Jahren der Konvergenz anhält. Über eine Veränderung zu einem Vergütungssystem mit bundeseinheitlichem Preisniveau sollte daher erst nach Analysen im Jahr 2009 entschieden werden. Aus den Analysen sollte hervorgehen, ob und gegebenenfalls aufgrund welcher Tatbestände auch nach Abschluss der Konvergenzphase noch landespezifische Basisfallwerte erforderlich sein werden.

#### **5. Sollen zukünftig auch weiterhin die Budgetverhandlungen gemeinsam und einheitlich geführt werden oder soll die Möglichkeit der Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und einzelnen Krankenkassen über Einzelverträge geschaffen werden? Wenn ja, welche Leistungen?**

Das Prinzip prospektiver Budgetvereinbarungen über die Leistungen des Krankenhauses mit allen Kostenträgern gemeinsam ist beizubehalten. Die DKG spricht sich mit Nachdruck gegen Einkaufsmodelle und Preiswettbewerb aus.

Wie bereits unter Punkt 1.3 erläutert, würden mit der Abschaffung der Budgetvereinbarung mit allen Kostenträgern gemeinsam neben einem deutlichen Anstieg der Bürokratiekosten der Krankenhäuser und Krankenkassen erhebliche negative Auswirkungen auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität, die Patientensouveränität sowie auf die Effizienz der Leistungserbringung in den Krankenhäusern

## 3M Health Information Systems



Einfach  
richtig  
schnell

3M™ Health Information Systems bietet das ganze Spektrum intelligenter Klinik-Software aus einer Hand: vom DRG- bis zum Qualitätsmanagement. Überzeugen Sie sich selbst, wie schnell und sicher Sie Qualität und Budget unter Kontrolle bekommen – am besten direkt bei unseren Experten auf der MEDICA 2007, Halle 15, Stand B33.

Alle Informationen zu unserem Messeprogramm unter: [www.3m-drg.de](http://www.3m-drg.de)

Besuchen Sie uns auf der MEDICA!  
Vom 14. bis 17. November in Düsseldorf,  
an unserem Stand B33 in Halle 15.

**3M**

einhergehen. In diesem Zusammenhang ist unter anderem darauf hinzuweisen, dass eine Zunahme der Zahl der durchzuführenden Budget- und Vertragsverhandlungen für die meisten Krankenhäuser mit dem vorhandenen Personal nicht mehr zu bewältigen wäre. Eine Abschaffung des Prinzips kollektiver Budgetvereinbarungen mit allen Kostenträgern gemeinsam würde zudem sowohl die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen vor kaum lösbare Umsetzungsprobleme stellen. Dies gilt für alle Modelle, bei denen Einzelverträge neben der kollektivvertraglichen Vereinbarung geschlossen werden, da die Wechselwirkungen zwischen Einzelvertrag und Kollektivvereinbarung kaum zu beherrschen wären. Darüber hinaus führen Einzelverträge zu einer unüberschaubaren Situation für die Vereinbarung und Genehmigung der Landesbasisfallwerte.

## II. Sicherstellungsauftrag/Krankenhausplanung

### 1. Soll die Sicherstellung der stationären Versorgung auch künftig eine öffentliche Aufgabe der Länder sein?

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist eine öffentliche Aufgabe, die den einzelnen Bundesländern obliegt. Die Trägervielfalt muss in diesem Rahmen als eigenständiger Wert beachtet werden. Die Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitswesens und die sozialstaatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge kann nicht an Dritte (Krankenkassen) delegiert werden. Die im Wettbewerb stehenden und hinsichtlich regionaler Aspekte unterschiedliche Ziele und Interessen verfolgenden Kassenarten verfügen nicht über die ausreichende demokratische Legitimation und allgemeinwohlorientierte Versorgungsverantwortung, um die flächendeckende Versorgung im Kernbereich der medizinischen Daseinsversorgung sicherzustellen.

### 2. Wie soll sich künftig die Krankenhausplanung der Länder darstellen? Welche Parameter sollen in jedem Fall durch die Planungsbehörde mittels Feststellungsbescheid bestimmt werden?

Zur Gewährleistung des Wettbewerbs um Art, Umfang und Qualität der Leistungen muss das Prinzip staatlicher Krankenhausplanung lauten: „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“.

Die Krankenhausplanung sollte sich daher auf die Festlegung von Standorten und medizinischen Fachgebieten sowie auf die Vermeidung von Unterversorgung beschränken. Krankenhäusern muss der erforderliche Freiraum zur Weiterentwicklung ihrer Leistungsspektren eingeräumt werden. Detaillierte Leistungsvorgaben und zusätzliche, über die bestehenden Qualitätssicherungsvorgaben der Bundesebene hinausgehende Qualitätsanforderungen durch die Planungsbehörden der Länder müssen daher strikt abgelehnt werden. Jede Wettbewerbsorientierung würde durch derart planwirtschaftliche Elemente im Keim erstickt.

## III. Kontrahierungszwang/Krankenhaus als „Gesundheitszentrum“

### 1. Soll es auch zukünftig den Kontrahierungszwang gemäß § 108 SGB V geben, der die Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen mit den Krankenhäusern verpflichtet? Oder ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, diesen Kontrahierungszwang aufzuheben oder auf bestimmte Leistungskomplexe einzuschränken? Wenn ja, wie kann bei einem öffentlichen Sicherstellungsauftrag die Landesbehörde die wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen außerhalb des Kontrahierungszwanges gewährleisten?

Die Zulassung der Krankenhäuser sollte weiterhin über die Aufnahme in den Krankenhausplan und nach den Regelungen des § 108 SGB V erfolgen. Das Leistungsspektrum des Krankenhauses sollte sich auch in Zukunft aus dem Versorgungsauftrag gemäß § 109 SGB V ergeben.

Krankenhausleistungen sind hochkomplexe Dienstleistungen, deren Erstellung neben beträchtlichen investiven Aufwendungen vor allem besonders qualifiziertes Personal erfordert. Eine Einschränkung des Kontrahierungszwanges auf bestimmte Leistungskomplexe hätte vor diesem Hintergrund zwangsläufig nicht überschaubare Brüche in der Leistungserbringung der einzelnen Krankenhäuser zur Folge und würde in letzter Konsequenz

- die flächendeckende bedarfsgerechte Versorgung gefährden,
- die Qualität verschlechtern,
- die Wahlfreiheit der Patienten und einweisenden Ärzte beschneiden,
- die Effizienz der Leistungserbringung beeinträchtigen,
- die Unterfinanzierung der Krankenhausleistungen verschärfen,
- die Bedingungen für Aus- und Weiterbildung verschlechtern und
- den bürokratischen Aufwand deutlich erhöhen.

Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs oder dessen Einschränkung auf bestimmte Leistungskomplexe ist deshalb abzulehnen.

### 2. Soll das Krankenhaus als „Gesundheitszentrum“ sein Leistungsspektrum weiter ausweiten und wie soll dies gegebenenfalls erfolgen? Oder soll sich das Krankenhaus auch weiterhin auf seine seitherige Kernaufgabe beschränken? Wie ist Ihre Einschätzung zur zukünftigen Entwicklung des Leistungsangebotes in den Krankenhäusern insbesondere hinsichtlich der zunehmenden Spezialisierung und Einbindung ambulanter Versorgungsstrukturen?

Das Krankenhaus ist der ideale Standort für eine medizinische Versorgung aus einem Guss. Als integriertes Dienstleistungszentrum kann das Krankenhaus selbst oder in Kooperation und Koordination mit anderen Leistungsanbietern eine patientengerechte Steuerung der Behandlungsabläufe vornehmen. Dazu muss die sektorale Tren-

nung der ambulanten und stationären Versorgung weiter abgebaut werden. Erforderlich ist unter anderem eine Modernisierung der „doppelten Facharztschiene“ mit erweiterten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser.

Die übergreifende Problematik der sektoralen Trennung wird dadurch bestimmt, dass eine Umsetzung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für Krankenhäuser vor Ort oft an den Widerständen des ambulanten Vertragsarztsystems scheitert oder zumindest unnötig erschwert wird. Daher sind entweder eigenständige Regelungen für die Krankenhäuser oder zumindest die Einbindung der Krankenhausseite bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen (zum Beispiel Zulassungsverfahren, Vergütung) für die ambulante Versorgung dringend erforderlich.

In der ambulanten Notfallversorgung haben die Krankenhäuser seit Jahren einen hohen Stellenwert. Die Einbindung der Krankenhausseite bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen und der Vergütungsregelungen für die ambulante Notfallversorgung ist überfällig.

Die immer noch aktuelle Gefährdung des Belegarztwesens ist auf die unzureichende Honorierung der Belegärzte im Vertragsarztsystem zurückzuführen. Die DKG hatte als Lösung vorgeschlagen, das Belegarztwesen in ein Kooperationsarztmodell zu überführen, wobei sicherzustellen ist, dass die zusätzlich von den Krankenhäusern zu erbringenden ärztlichen Leistungen sachgerecht vergütet werden. Das Kooperationsarztmodell würde darüber hinaus die große Chance bieten, die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten nicht nur in der belegärztlichen Versorgung, sondern in vielen Bereichen sinnvoll zu intensivieren.

Der Gesetzgeber hat bereits in den letzten Jahren vor allem mit der Einführung der Integrierten Versorgung, der medizinischen Versorgungszentren und der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung von seltenen Erkrankungen und für hochspezialisierte Leistungen erste Weichen für die ambulante Öffnung der Krankenhäuser gestellt. Die Entwicklung der Krankenhäuser hin zu Gesundheitszentren und die Einbindung ambulanter Versorgungsstrukturen hat auf dieser Basis in den unterschiedlichsten Formen bereits begonnen. Um den begonnenen Strukturwandel nicht zu gefährden, sondern durch eine bessere praktische Umsetzbarkeit zu fördern, sollten diese Ansätze weiterentwickelt, erweitert und harmonisiert werden.

## IV. Finanzierung der Investitionskosten

### 1. Wie soll der ordnungspolitische Rahmen der Finanzierung der Krankenhausinvestition künftig ausgestaltet werden?

Für die Krankenhäuser hat eine verlässliche Investitionsförderung oberste Priorität. Der Investitionsstau in den Krankenhäusern beläuft sich aktuell auf rund 50 Mrd. €. Der dringend gebotene Abbau des Investitionsstaus muss in den nächsten Jahren konsequent angegangen werden.

Die Krankenhäuser verschließen sich nicht grundsätzlich einem Umstieg auf eine monistische Krankenhausfinanzierung. Allerdings setzt ein Umstieg auf eine monistische Finanzierung den Abbau des Investitionsstaus sowie eine vollständige Überleitung der bisher von den Bundesländern zur Investitionsförderung gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bereitgestellten Mittel in das GKV-System voraus. Das Volumen der Investitionsfinanzierung muss dabei den tatsächlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser widerspiegeln. Die Investitionskostenanteile sind im DRG-System transparent auszuweisen.

Darüber hinaus müssen die Krankenhäuser zukünftig frei über die Verwendungsart und den Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel entscheiden können. Zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen aufgrund der in der Vergangenheit sowohl innerhalb als auch zwischen den Ländern unterschiedlichen Förderbereitschaft wären geeignete Übergangslösungen erforderlich. Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, spricht sich die DKG für die Beibehaltung der dualen Krankenhausfinanzierung aus.

### 2. Gibt es Gründe, die für einen Systemwechsel auf den Monismus sprechen, und falls ja,

- wie soll dann ein Übergang konkret ausgestaltet werden?
- welcher Finanzrahmen wird dann für die Krankenhausversorgung für notwendig erachtet?
- wie sollen dann die Mittel für die Krankenhausversorgung aufgebracht und verteilt werden?

Vor dem Hintergrund der rückläufigen Entwicklung der Förderbereitschaft der Länder und angesichts der nach wie vor angespannten Situation der Länderhaushalte könnte durch eine Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung eine Verbesserung der Investitionsmöglichkeiten der Krankenhäuser erreicht werden. Darüber hinaus könnte mit einem Umstieg auf eine monistische Finanzierung ein Abbau bürokratischer Vorgaben einhergehen und den Krankenhäusern ein größerer Entscheidungsspielraum über die Verwendungsart und den Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel eingeräumt werden.

Wie bereits zuvor erläutert, setzt ein Umstieg auf eine monistische Finanzierung allerdings den Abbau des Investitionsstaus in Höhe von rund 50 Mrd. € sowie eine vollständige Überleitung der bisher von den Bundesländern zur Investitionsförderung gemäß dem KHG bereitgestellten Mittel in das GKV-System voraus. Das Volumen der Investitionsfinanzierung muss den tatsächlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser widerspiegeln. Die Investitionskostenanteile sind im DRG-System transparent auszuweisen. Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, spricht sich die DKG für die Beibehaltung der dualen Krankenhausfinanzierung aus.

Zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen aufgrund der in der Vergangenheit sowohl innerhalb als auch zwischen den Ländern unterschiedlichen Förderbereitschaft wären geeignete Übergangslösungen erforderlich. Die Aus-

gestaltung des Übergangs ist abhängig von den Finanzierungsquellen und den Finanzierungswegen, über die die erforderlichen Mittel in ein monistisches System fließen könnten. Diese Fragen sind – wie die Frage nach der Bereitstellung der erforderlichen Mittel – eher im finanzpolitischen Gesamtkontext übergreifend zu beantworten.

### **3. Welche Möglichkeiten werden gesehen, das seitherige duale Finanzierungssystem zu verbessern?**

Die Durchführung öffentlich geförderter Investitionsvorhaben muss insbesondere durch einen gezielten Abbau bürokratischer Vorgaben vereinfacht werden. So sollte den Ländern die Möglichkeit eingeräumt werden, Investitionen nach § 9 Absatz 1 KHG (Einzelförderung) auch über Pauschalbeträge zu fördern, mit denen die Krankenhäuser unter Beachtung der Zweckbindung der Mittel frei wirtschaften können, zum Beispiel zur Finanzierung von ÖPP-Projekten.

### **4. Sollte bei Beibehaltung der seitherigen dualen Investitionsförderung durch die Länder eher eine Stärkung der Einzel- oder Pauschalförderung angestrebt werden?**

Bei einer Beibehaltung der Investitionsförderung durch die Länder sollte den Krankenhäusern zukünftig die Möglichkeit eingeräumt werden, unter Beachtung der Zweckbindung frei über die Verwendungsart und den Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel entscheiden zu können. Insofern sollte grundsätzlich eine Stärkung der Pauschalförderung angestrebt werden.

### **5. Welche alternativen Finanzierungsformen sind zur Steigerung der Finanzkraft der Krankenhäuser denkbar?**

Die Krankenhäuser sehen sich seit Jahren einem enormen wirtschaftlichen Druck ausgesetzt. Dieser Druck wurde durch zusätzliche Kostenbelastungen, die vor allem die letzte Gesundheitsreform mit sich brachte, noch weiter erhöht. Angesichts der angespannten wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser und der infolge von „Basel II“ verschärften Bonitätsprüfungen durch die Banken stellt für einen Großteil der Krankenhäuser derzeit weder die Finanzierung von Investitionen über den Kapitalmarkt noch eine Investitionsfinanzierung aus Eigenmitteln eine Alternative zur Investitionsförderung gemäß KHG dar. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Finanzierung ihrer Investitionen aus Eigenmitteln könnten durch Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Erlösmöglichkeiten sowie durch eine Reduzierung ihrer steuerlichen Belastungen verbessert werden.

## **IV. Qualität**

### **1. Können Qualitätskriterien zur Zulassung und Bewertung von Krankenhausleistungen entwickelt und als Leitkriterium für einen Preiswettbewerb genutzt werden?**

Die Qualitätssicherungsaktivitäten der Krankenhäuser sind sowohl im Vergleich zu anderen Leistungserbringern als auch international auf einem beispiellos hohen Niveau: Jedes Krankenhaus ist zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung verpflichtet, die bundesweit fast 20 Prozent

des gesamten stationären Leistungsspektrums umfasst; die gesetzlichen Qualitätsberichte 2007 stellen einrichtungsbezogen die Behandlungsergebnisse der Krankenhäuser dar und sind für jeden Bürger zugänglich; weit mehr als 500 Krankenhäuser haben erfolgreich das freiwillige Zertifizierungsverfahren KTQ durchlaufen.

In gleicher Weise ist auch die Regulierungsdichte von Qualitätssicherungsvorgaben auf Bundes- und Landesebene im stationären Sektor extrem hoch. Allein die Umsetzung eines Teilbereiches – und zwar des § 137 SGB V Absatz 1 Satz 3 Nr. 2 und 3 – führt zu einem Ausschluss von Krankenhausleistungen in nennenswertem Umfang (Mindestmengenregelungen, Strukturqualitätsvereinbarungen). Gerade bei Mindestmengenregelungen ist jedoch mehr als zweifelhaft, ob ein Leistungsausschluss unter Qualitätsaspekten tatsächlich gerechtfertigt ist.

In diesem Lichte betrachtet ist die Notwendigkeit weiterer Qualitätskriterien für Krankenhäuser – ob zur Zulassung oder als Leitkriterium für einen Preiswettbewerb – nicht gegeben. Stattdessen sollte die sektorübergreifende Qualitätssicherung weiter ausgebaut werden, um eine patientenorientierte Verlaufsbeobachtung über die Sektorengrenzen hinweg zu ermöglichen. Hierfür muss jedoch auch der niedergelassene Bereich Transparenz über die dortige Ergebnisqualität zulassen. ■

## **Kurz notiert**

**Hamburg.** Mit der Eröffnung der Universitären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat das Hamburger Klinikum Eilbek am 17. September 2007 eine Lücke in der Versorgung von psychosomatisch erkrankten Menschen in Hamburg geschlossen. In der neuen Hochschulambulanz wird das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen behandelt. Den anderen Fachabteilungen des Klinikums Eilbek wird in Form eines Konsildienstes eine psychosomatisch-psycho-therapeutische Diagnostik und Mitbehandlung der Patienten angeboten. Die Leitung übernimmt Prof. Dr. Dipl.-Psych. Bernd Löwe, der zuvor an der Universitätsklinik Heidelberg tätig war.

**Bonn.** Die Bonner MediClin Robert Janker Klinik hat am 11. September 2007 mit dem Bau eines neuen Strahlenschutz-bunkers begonnen. Der neue Bunker wird eine Bruttogrundfläche von 135 m<sup>2</sup> aufweisen. Aufgrund spezieller Strahlenschutzanforderungen müssen Wand- und Deckenbereiche in einer Stärke von 1,4 m ausgeführt werden, der Gesamtbedarf an Stahlbeton liegt bei circa 355 m<sup>3</sup>. „Das Investitionsvolumen des gesamten Projekts inklusive Linearbeschleuniger und Baumaßnahmen beläuft sich auf mehrere Mio. €“, so Dr. Mümtaz Köksal, Kaufmännischer Direktor der MediClin Robert Janker Klinik. Die Bonner Klinik ist die 1. Einrichtung in Nordrhein-Westfalen – und die 4. Klinik in Deutschland –, die über diese hochmoderne Medizintechnik in der Krebsbekämpfung verfügen wird. Mit Hilfe der neuen Technologie sollen die bestehenden Kooperationen sowohl mit den Kliniken als auch mit den niedergelassenen Ärzten der Region gestärkt und ausgebaut werden.