

Für eine hochwertige und flächendeckende Patientenversorgung, innovative Medizin und moderne Arbeitsplätze in Krankenhäusern

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags

Herausgeber Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
Anschrift Postfach 12 05 55
10595 Berlin
Hausanschrift Wegelystraße 3
10623 Berlin
T +49.30.398 01-0
F +49.30.398 01-30 00
eMail: pressestelle@dkgev.de
Internet www.dkgev.de
Gestaltung Eat, Sleep + Design
Herstellung Druckerei Peter Pomp GmbH
Redaktionsschluss Juli 2009
Druck Juli 2009

Vorwort

Die Krankenhäuser sind das Rückgrat der medizinischen Versorgung in Deutschland. 1,1 Millionen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgen in den 2.087 Kliniken für das wichtigste Gut eines Menschen: die Gesundheit. An den Krankenhäusern in öffentlicher, gemeinnütziger und privater Trägerschaft arbeiten sie rund um die Uhr auf höchstem medizinischen Niveau für die Patienten. Mit 35 Millionen stationären und ambulanten Behandlungsfällen im Jahr versorgen die Kliniken insbesondere Notfälle sowie schwere und komplexe Krankheiten. Damit dies für alle Patienten ohne Wartelisten so bleiben kann, sind stabile und berechenbare Rahmenbedingungen notwendig.

Die Gesundheitspolitik der 16. Legislaturperiode hat die Grundstruktur des Gesundheitswesens maßgeblich verändert. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine völlig neue Grundlage gestellt. Den Krankenhäusern wurden zunächst Kürzungen abverlangt, trotz hoher Kosten und niedriger Grundlohnraten. Erst das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Jahr 2009 ermöglichte eine anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen. Gleichzeitig ist der ordnungspolitische Rahmen für das Krankenhausvergütungssystem weiterentwickelt worden. Auch bei der Überbrückung von Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung sind deutliche Weiterentwicklungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgt.

Die 17. Legislaturperiode sollte aus Sicht der Krankenhäuser vor allem zu Korrekturen und gezielten Weiterentwicklungen genutzt werden. Die Mitgliedsverbände der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) haben dazu konkrete Erwartungen und Handlungsempfehlungen für die Gesetzgebung beschlossen. Sie orientieren sich am Leitbild des Krankenhauses als Gesundheitszentrum, das auch ambulante Leistungen erbringt und mit niedergelassenen Ärzten kooperiert. Neben den Integrationsverträgen sollten zusätzliche vertragliche Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Versorgung geschaffen werden. Die Morbiditäts- und Demografielasten dürfen nicht länger den Krankenhäusern aufgebürdet werden.

Die Krankenhäuser wollen ihre Potentiale zum Wohle der Patienten und zur Stärkung des Gesundheitsstandortes Deutschlands bestmöglich einbringen. Sie sind verlässliche Partner der Politik bei der Gestaltung des Gesundheitswesens.



Dr. rer. pol. Rudolf Kösters
Präsident
Deutsche Krankenhausgesellschaft



Georg Baum
Hauptgeschäftsführer
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Krankenhäuser brauchen

- *eine zukunftssichere Finanzierung der Krankenkassen.*
- *feste Leistungsvergütungen und keine rabattierte Medizin.*
- *keine Absenkung der Vergütung bei steigender Morbidität.*
- *mehr und verlässliche Investitionsmittel.*
- *bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze, modernes Personalmanagement und die Überwindung des Ärztemangels.*
- *Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den Patienten dienen.*
- *offene Zugangsbedingungen für den medizinischen Fortschritt.*
- *die Beseitigung von Hürden bei ambulanten Leistungen.*
- *erweiterte Vertragsmöglichkeiten zur Gestaltung der Versorgung.*
- *einen Wettbewerbsrahmen, der positive Effekte aus Kooperationen und Zusammenschlüssen ermöglicht.*
- *weniger Bürokratie und mehr Zeit für Patienten.*

Inhaltsverzeichnis

I. Die Krankenhäuser im Dienst der Gesellschaft	7
II. Die Finanzierung der Krankenversicherung	9
III. DKG-Versorgungskonzeption: Gesundheitszentrum Krankenhaus	11
IV. Krankenhauspolitische Positionen für die 17. Legislaturperiode	15
1. Ambulant-Stationär	15
2. Finanzierung der Krankenhausleistungen	17
3. Investitionsfinanzierung	18
4. Qualitätssicherung	19
5. Personalmanagement	20
6. Wettbewerbsrahmen	21
7. Bürokratie	21
V. Krankenhäuser in Zahlen	23

I. Krankenhäuser im Dienst der Gesellschaft

Die Krankenhäuser stellen im Kernbereich des Gesundheitswesens die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Sie tragen in jährlich 17 Millionen stationären und 18 Millionen ambulanten Behandlungsfällen Sorge für die erforderliche Diagnostik und Therapie. Täglich, sieben Tage in der Woche, versorgen die Kliniken rund um die Uhr eine halbe Million Patienten. Mit der praxisorientierten Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Krankenpflegern tragen die Kliniken maßgeblich zum hohen Niveau der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Deutschland bei. Im Mittelpunkt steht eine ganzheitliche Behandlung, die die körperlichen und seelischen Belange kranker Menschen beachtet und menschliche Zuwendung in die Versorgung einbringt. Krankenhäuser tragen eine hohe gesellschaftliche Verantwortung, da sich gerade bei Krankheit und Tod zeigt, welche Werte und ethischen Grundhaltungen eine Gesellschaft lebt. In unsicheren Zeiten kommt der Werteorientierung und dem Bedürfnis nach Sicherheit, Verlässlichkeit und Kompetenz eine besondere Bedeutung zu.

Die 2.087 Krankenhäuser in Deutschland haben mit einem Anteil von 2,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt, 1,1 Millionen Beschäftigten und einem Gesamtumsatz von rund 65 Milliarden Euro eine zentrale Funktion in der medizinischen Daseinsvorsorge.

Die Krankenhäuser sind damit auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor mit hohem Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotential. Sie sind Initiatoren und Betreiber von Versorgungszentren und Gesundheitsnetzwerken. In zahlreichen Regionen sind sie die größten Arbeitgeber und bieten qualifizierte Arbeits- und Ausbildungsplätze, insbesondere im ärztlichen Dienst, in der Pflege und in medizinisch-technischen Fachberufen. Krankenhäuser sind Nachfrager von Dienstleistungen, hochwertigen Waren und innovativen Produkten. Die Krankenhäuser sind wesentlicher Bestandteil der Gesundheitswirtschaft. Sie stärken und stabilisieren die Binnenkonjunktur in weit überdurchschnittlichem Maße. Für die stetige Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen benötigen die Krankenhäuser ein hohes Maß an Planbarkeit und Berechenbarkeit.

II. Die Finanzierung der Krankenversicherung

Die Krankenhäuser plädieren für die grundsätzliche Beibehaltung der solidarisch organisierten Finanzierung der GKV mit umfassenden Wahlmöglichkeiten der Versicherten auch und insbesondere zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Diese Gliederung der deutschen Krankenversicherung hat sich bewährt.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ist die Entscheidung über die Aufbringung der Mittel für die GKV nahezu vollständig in die Verantwortung der Bundesregierung übergegangen. Der Gesundheitsfonds begünstigt damit Zentralisierungs- und Konzentrationstendenzen und nimmt auf regionale Besonderheiten keine Rücksicht. Die Krankenhäuser sprechen sich daher für eine Rückführung der Beitragsautonomie auf die Krankenkassen aus.

Bei der Aufbringung der Mittel ist der Finanzierungsbedarf für die medizinische Versorgung und den medizinischen Fortschritt umfassend zu berücksichtigen. Das Morbiditätsrisiko muss von den Krankenkassen getragen werden. Bei nicht ausreichender Finanzierung droht eine offene Rationierung medizinischer Leistungen.

Unabhängig von der näheren Ausgestaltung des Versicherungs- und Finanzierungssystems begrüßen die Krankenhäuser die Entwicklung zur Ausweitung des Steuerfinanzierungsanteils und sehen darin einen möglichen Schritt zur Abkopplung des Mittelaufkommens vom anhaltend rückläufigen Anteil des Lohn- und Gehaltsaufkommens.

Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Solidarlasten in der GKV ist der Steuerfinanzierungsanteil weiter zu erhöhen und über feste Kriterien gesetzlich abzusichern.

Bei Festhalten an der Finanzierung der GKV über einen zentralen Gesundheitsfonds müssen die erwarteten Ausgaben und die Mittel zur Finanzierung des medizinischen Fortschritts vollständig, d. h. zu 100 Prozent, über den Fonds finanziert werden. Dies schließt einen Ausgleich durch unterjährige Kredite an die Krankenkassen ein. Die konjunkturbedingten Einnahmeausfälle in 2009 müssen durch den geleisteten Bundeszuschuss als aufgebracht gelten und dürfen nicht als Defizit der GKV im Jahr 2011 vorgetragen werden.

Sollte eine 100-prozentige Finanzierung politisch nicht gewollt sein, ist für den nicht über den Gesundheitsfonds gedeckten Mittelbedarf der Krankenkassen der Zusatzbeitrag der Versicherten als Regelfinanzierungsinstrument auszugestalten.

III. DKG-Versorgungskonzeption: Gesundheitszentrum Krankenhaus

Die Krankenhäuser haben konkrete Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens:

■ Um ihre Leistungen am medizinischen Bedarf der Patienten in den Regionen zielgerecht entwickeln zu können, brauchen die Krankenhäuser Freiräume für eigenverantwortliche Entscheidungen. Sie wollen und müssen sich zu Gesundheitszentren weiterentwickeln, die auch ambulante Leistungen erbringen und mit niedergelassenen Ärzten kooperieren. Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an Krankenhäusern und die Öffnung der Krankenhäuser für spezialisierte ambulante Behandlungen leisten einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung. Sie stellen erweiterte Wahlmöglichkeiten für die Patienten dar. Die Krankenhausärzte bringen ihre Erfahrungen aus der ambulanten Behandlung in die MVZ ein. Es ist in den meisten Industrienationen selbstverständlich, dass spezialisierte, ambulante fachärztliche Leistungen in den Krankenhäusern erbracht werden. In der *Kooperation und Zusammenarbeit der Sektoren* liegen Potentiale, die die Wirtschaftlichkeit und Qualität verbessern können.

■ *Spezialisierung und Zentrenbildung* können die medizinische Versorgung bei hochkomplexen Krankheitsbildern verbessern. Sie können und dürfen aber nicht zur alleinigen Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung gemacht werden. Dies würde die auch in den bestehenden Strukturen gewährleistete hohe Qualität in der flächendeckenden Versorgung gefährden.

■ Die Krankenhäuser bekennen sich zu *Wirtschaftlichkeit und Effizienz*. Dazu brauchen sie entsprechende Anreizstrukturen. Sie dürfen nicht durch Deckelungen in die Unterfinanzierung getrieben werden. Bemühungen um Wirtschaftlichkeit dürfen nicht durch willkürliche Vergütungskürzungen und -begrenzungen in Richtung Selbstkostenerstattung konterkariert werden. Die Krankenhäuser brauchen Überschüsse für die Weiterentwicklung ihrer medizinischen Versorgungsangebote.

■ Zwischen der Tätigkeit niedergelassener Ärzte in *freiberuflich* organisierten Praxen und den in Krankenhäusern *angestellten* Ärzten gibt es in Hinblick auf Verantwortlichkeit und ethisch-moralischen Grundprinzipien ärztlichen Handelns keine Unterschiede. Freiberuflich organisierte Praxen, genauso wie die als Unternehmen organisierten Krankenhäuser, müssen aus den Erlösen für die erbrachten medizinischen Leistungen ihre Kosten decken und Einkommen erzielen können.

■ Die Krankenhäuser bekennen sich zur *Sicherung der Qualität* der medizinischen Leistungen und zur *Qualitätstransparenz* für die Patienten. In keinem anderen Leistungsbereich gibt es so umfassende Aktivitäten zur Qualitätssicherung. Viele Kliniken unterziehen sich regelmäßig höchst anspruchsvollen Zertifizierungen. Außerdem sind Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung für alle Krankenhäuser obligatorisch. Jedes Jahr werden medizinische Behandlungsdaten von 3,6 Millionen Fällen ausgewertet. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für kontinuierliche Verbesserungsbemühungen.

Durch die mehrjährige Erfahrung und gute Kooperationen mit kompetenten Partnern konnten dabei deutliche Fortschritte erzielt werden. Die Krankenhäuser erstellen regelmäßig umfassende Qualitätsberichte und schaffen Transparenz über ihre Qualität gegenüber Patienten und einweisenden Ärzten.

■ Die Krankenhäuser bekennen sich zum *Wettbewerb über die Qualität* ihrer Leistungen. Einen Preiswettbewerb mit erzwungenen Rabatten, den die Krankenkassen aufgrund ihrer Marktmacht durchsetzen können, fördert nicht die Qualität. Krankenhausleistungen sind hochkomplexe medizinische und pflegerische Dienstleistungen, die grundsätzlich über allgemein gültige Fallpauschalen zu vergüten sind. Ebenso abzulehnen sind „pay for performance“-Vergütungskonzepte, die Abschläge von den Fallpauschalen vorsehen. Für solche Konzepte wären Indikatoren zur Qualitätsmessung erforderlich, die objektiv und fair bedeutsame Qualitätsunterschiede erfassen müssten. Diese stehen nicht zur Verfügung. Zudem werden qualitativ problematische Leistungen nicht dadurch akzeptabel, dass die Leistungserbringer eine geringere Vergütung erhalten. Ein solches Vergütungssystem wäre medizinisch-ethisch nicht akzeptabel. Davon zu unterscheiden sind Vergütungsvereinbarungen, die Krankenhäuser und Krankenkassen für gesonderte Qualitätsleistungen und Gewährleistungen vereinbaren sollten.

■ Aus der Sicht der Krankenhäuser ist eine gesamtgesellschaftliche *Grundsatzdiskussion zum Wettbewerb* in der medizinischen Versorgung erforderlich. Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auf die Besonderheiten der medizinischen Daseinsvorsorge und die besonderen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet bleiben. Das Leistungsspektrum der Krankenhäuser darf nicht den Einzelinteressen der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen preisgegeben werden. Selektive Versorgungsverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern begünstigen einen destruktiven Wettbewerb mit Dumpingpreisen, die die Qualität und Versorgungssicherheit gefährden und die Krankenhausplanung der Länder ad absurdum führen. Die Sicherstellung der stationären Versorgung muss Aufgabe der Länder bleiben.

■ Zentrales Qualitätsmerkmal und Standortvorteil des deutschen Gesundheitswesens waren immer dessen Offenheit für den *medizinischen Fortschritt*. Überzogene Nachweiserfordernisse, bürokratische Zugangshindernisse und Finanzierungsrestriktionen behindern *klinische Forschungsaktivitäten* und benachteiligen deutsche Unternehmen im internationalen Wettbewerb. Bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist daran festzuhalten, dass die Krankenhausmedizin die Zugangspforte für den medizinischen Fortschritt ist. Die medizinische Forschung zum Wohle der Patienten darf nicht weiter behindert werden.

- Das Renommee des deutschen Gesundheitswesens gründet maßgeblich auf der hohen Qualität und großen Intensität der *Ausbildungsleistungen* der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser wollen Vorreiter eines modernen Personaleinsatzes sein, der Berufsfelder neu und besser aufeinander abstimmt und die immer deutlicher zutage tretende Knappheit bei *Ärzten und Pflegekräften* auch durch motivationsfördernde Arbeitsbedingungen überwindet.
- Die Krankenhäuser haben die Grundsatzentscheidung für die Einführung des *Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups - DRGs)* mitgetragen und dessen Umsetzung in der gemeinsamen Selbstverwaltung aktiv mitgestaltet. Der Preisbildungsmechanismus muss transparent, plan- und berechenbar sein und jedem einzelnen Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung eine auskömmliche Leistungserbringung ermöglichen. Die Vergütungen des Fallpauschalensystems sind als Festpreise beizubehalten.
- Für die Krankenhäuser hat eine verlässliche *Investitionsfinanzierung* höchste Priorität. Die Bundesländer sind gesetzlich verpflichtet, die Investitionsmittel für die Krankenhäuser bereitzustellen. Mit den Vergütungen für die stationären Krankenhausleistungen werden nur die Betriebskosten bezahlt. Investitionskosten sind in den Vergütungen nicht abgebildet. Deshalb haben die Krankenhäuser ein Recht auf ausreichende Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Länder. Zudem brauchen die Krankenhäuser mehr Freiräume für Investitionsentscheidungen.
- Die Krankenhäuser sehen in den Einrichtungen der *gemeinsamen Selbstverwaltung* auf Bundesebene eine praxisnahe Alternative zu staatlicher Einzelsteuerung. Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eingeführte Zentralisierung der Entscheidungen des G-BA auf eine Beschlusskammer führt weg von praxisnahen Entscheidungsprozessen und muss kritisch beobachtet werden.

IV. Krankenhauspolitische Positionen für die 17. Legislaturperiode

Die Erwartungen der Krankenhäuser an einen beständigen und stabilen Ordnungsrahmen für das leistungsorientierte Vergütungssystem werden mit dem KHRG noch nicht erfüllt. Obwohl die demografische Entwicklung in den Krankenhäusern längst angekommen ist und die Behandlungsmöglichkeiten stetig zunehmen, wurde das Morbiditätsrisiko stärker als je zuvor den Krankenhäusern aufgebürdet. Die Konvergenzphase wurde aus Kostendämpfungsgründen um ein Jahr verlängert und die versprochene 100-Prozent-Finanzierung für zusätzlich vereinbarte Leistungen um ein Jahr verschoben. Gleichwohl sind mit der eingeleiteten Möglichkeit zur Abschaffung der Grundlohnratenbegrenzung und der Abkehr von hausindividuellen Basisfallwerten sowie mit den angestrebten Investitionspauschalen ordnungspolitisch richtige Richtungen eingeschlagen worden.

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und dem GKV-WSG sind die gesetzlichen Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Bereich der ambulanten Behandlungen verbessert worden. Besondere Bedeutung kommt dabei der Neukonzeption der spezialisierten ambulanten Versorgung gemäß § 116b SGB V zu. Zum Ende der 16. Legislaturperiode ist aber festzustellen, dass die Umsetzungshemmnisse in der Praxis nach wie vor erheblich sind und nur wenige Kliniken eine Zulassung zur Erbringung von § 116b-Leistungen haben. Die Krankenhäuser wirken intensiv an der Errichtung von MVZ im Rahmen der nach wie vor bestehenden vertragsärztlichen Zulassungsrestriktionen mit. Ebenso nutzen sie die Möglichkeiten zur Einbindung niedergelassener Ärzte in die stationären Leistungen (Konsiliar- und Kooperationsärzte).

Die Krankenhäuser setzen große Hoffnungen in eine inhaltliche Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode und machen hierzu konkrete Vorschläge:

1. Ambulant-Stationär

■ Die Umsetzungshindernisse bei ambulanter Erbringung *hochspezialisierter Leistungen*, der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 2 SGB V sind konsequent abzubauen. Erforderlich ist eine gesetzliche Klarstellung, dass bei Vorliegen der qualitativen Anforderungen die Zulassungen durch die Landesbehörden unabhängig von der vertragsärztlichen Bedarfsdeckung zu erteilen sind. Der GKV-Spitzenverband und die DKG müssen ermächtigt werden, ergänzende Regelungen zur Vergütung, zu Arzneimittelverordnungen und zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen eigenständig zu vereinbaren. Es kann nicht länger akzeptiert werden, dass den Krankenhäusern Rezeptformulare von Krankenkassen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen vorenthalten werden.

■ Die Sicherstellung der *ambulanten Notfallversorgung* erfolgt bereits im großen Umfang und mit zunehmender Tendenz durch die Krankenhäuser. Vertragliche Beziehungen bestehen jedoch nur zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Rechtsrahmen muss nunmehr den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst werden. Die Krankenkassen sollten künftig auch mit Krankenhäusern vertragliche Beziehungen zur ambulanten Notfallversorgung unterhalten.

Es kann nicht länger akzeptiert werden, dass Patienten, die direkt in die Notfallambulanzen kommen, wegen des vorrangigen Sicherstellungsauftrags des niedergelassenen Bereichs abgewiesen werden müssen.

■ Obwohl heute 18 Millionen Behandlungen im Krankenhaus ambulant erbracht werden, sind die Krankenhäuser bei der Weiterentwicklung der ambulanten Vergütung nicht beteiligt. Dieses ist unbedingt durch Beteiligung und Mitsprache der DKG im *Bewertungsausschuss* für die vertragsärztliche Versorgung zu ändern.

■ Die mit dem KHRG geschaffene vertragliche Option zur Wahl zwischen Beleg- und Hauptabteilung soll zu einem *Kooperationsarztmodell* (Wegfall der vertragsärztlichen Zulassung als Belegarzt und freie Vergütungsvereinbarung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt) weiterentwickelt werden. In jedem Fall ist der 20-prozentige Abschlag von den Fallpauschalen in dem Optionsmodell abzuschaffen.

■ Die ambulante Leistungserbringung in von Krankenhäusern getragenen *Medizinischen Versorgungszentren* hat sich bewährt. Diese Form der ambulanten Leistungserbringung profitiert von der Nähe zu Krankenhäusern – fachlich wie organisatorisch. Die Möglichkeiten zur Errichtung von MVZ durch Krankenhäuser dürfen nicht eingeschränkt werden. Auch Krankenhäuser in Rechtsform einer Kapitalgesellschaft müssen weiterhin berechtigt bleiben, MVZ zu betreiben.

■ Besondere Regelungen für die *Praxiskliniken* nach § 122 SGB V sind nicht erforderlich. Die dort angebotenen Behandlungen können wirtschaftlich und qualitativ hochwertig ebenso von Krankenhäusern erbracht werden.

■ Die freien Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei der Abgabe von *Arzneimitteln zur ambulanten Anwendung* im Krankenhaus sind ohne Offenlegung von Einkaufspreisen wieder herzustellen.

2. Finanzierung der Krankenhausleistungen

- Der mit dem KHRG vorgesehene und vom Statistischen Bundesamt zu entwickelnde *Orientierungswert* hat direkt und ohne Eingriffe des Verordnungsgebers als Grundlage für die Verhandlungen der Basisfallwerte zu dienen. Er darf nicht als neue schneidende Obergrenze für die Vergütungsanpassungen ausgestaltet sein. Auch für die noch in der Bundespflegesatzverordnung geregelten Leistungen und Vergütungen ist die Grundlohnrate als Obergrenze abzuschaffen. In jedem Fall ist eine ausreichende Refinanzierung von Personal- und Tarifkostensteigerungen sicherzustellen.
- Die Wirtschaftlichkeitsreserven dürfen bei der *Ver einbarung von Landesbasisfallwerten* nur in Anrechnung gebracht werden, wenn diese nicht bereits bei der Kostenentwicklung oder durch die Kalkulationen der Bewertungsrelationen erfasst worden sind und landesweit die Mehrzahl der Krankenhäuser von diesen Entwicklungen betroffen ist.
- Steigende *Fallzahlen und Fallschwere* führen derzeit zu einem Absinken der für die Krankenhausvergütungen maßgeblichen Basisfallwerte auf Landesebene. Völlig inakzeptabel ist es, dass damit den Krankenhäusern das Morbiditätsrisiko auferlegt wird. Dieses ist konsequent und vollständig auf die zuständigen Krankenversicherungen zu übertragen.
- Durch Gesetz oder Beschlüsse des G-BA bewirkte *Leistungsausweitungen* sind mit entsprechenden Vergütungsregelungen zu versehen.
- Krankenhausleistungen sind hochkomplexe, personalintensive und auf den Patienten zugeschnittene individuelle medizinische Dienstleistungen, für die ein *Preiswettbewerb* auch in Zukunft ausgeschlossen sein muss. Vertragliche Vereinbarungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern über Art, Umfang, Qualität und die Vergütung sollen weiterhin im Rahmen von Integrationsverträgen möglich sein. Darüber hinaus sind die Rechtsgrundlagen für Verträge zu schaffen, die Krankenhäuser und Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten zur Gestaltung der Versorgung geben (Versorgungsgestaltungsverträge).
- Die *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* ist als eigenständige Gebührenordnung insbesondere für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen zwingend beizubehalten.
- Die Finanzierung *Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)* geht immer stärker zu Lasten der Krankenhäuser, da die Krankenkassen zunehmend Vereinbarungen verweigern. Eine ausreichende Finanzierung von Innovationen in Krankenhäusern ist dringend sicherzustellen.

3. Investitionsfinanzierung

■ Eine über Jahre rückläufige Finanzierung der Investitionskosten hat einen enormen *Investitionsstau* von bis zu 50 Milliarden Euro bewirkt. Dieser Investitionsstau ist nur durch einen nationalen Kraftakt zu beseitigen. Die Bund-Länder-Finanzierung von Investitionen im Konjunkturpaket II ist hierfür ein gutes Beispiel. Allerdings reichen die dort zu Verfügung gestellten Mittel bei weitem nicht aus.

■ Die *Bereitstellung von Investitionsmitteln* muss künftig auf eine bedarfsgerechte Höhe – im Bereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) mindestens in Höhe des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) festgestellten Bedarfs von fünf Milliarden Euro im Jahr – angepasst werden. Universitätskliniken sind gesondert zu berücksichtigen.

■ Die mit dem KHRG eingebrachten *Investitionspauschalen* sollten von den Bundesländern zur Stärkung der Pauschalförderung aktiv genutzt werden. Einzelfördermaßnahmen bleiben weiterhin notwendig. Die Bestimmung des Umfangs der Einzelförderung obliegt den Ländern.

■ Die *monistische Finanzierung* ist weiterhin eine Option, die allerdings einen vollständigen Abbau des Investitionsstaus und eine vollständige Überleitung der bisher von den Bundesländern bereitgestellten Mittel voraussetzt. Die Investitionskostenanteile müssen zudem den tatsächlichen Investitionsbedarf widerspiegeln, eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleisten und im Fallpauschalensystem transparent ausgewiesen werden. Über die Verwendungsart und den Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel müssen die Krankenhäuser frei entscheiden können. Zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen sind zudem geeignete Übergangsregelungen zu schaffen.

4. Qualitätssicherung

- Die seit Jahren eingeführte und bewährte stationäre *externe Qualitätssicherung* über das Verfahren der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) ist parallel zum Aufbau der neuen sektorübergreifenden Qualitätssicherung weiterzuentwickeln und im Rahmen einer ausreichenden Konvergenzphase an diese anzupassen.
- Die *föderalen Strukturen* der Qualitätssicherung müssen gewahrt bleiben und berücksichtigt werden.
- Auch für die ambulanten ärztlichen Leistungen müssen alle Entscheidungen über *Qualitätssicherungsmaßnahmen vom G-BA* getroffen werden.
- Gesetzlich ist klarzustellen, dass *Mindestmengen* nur im Rahmen wissenschaftlich fundierter und evidenzbasierter Methoden abzuleiten sind.
- Qualitätssicherungsmaßnahmen verursachen hohen Dokumentationsaufwand und hohe Personalkosten. Jede neue Maßnahme ist daher auf *Vermeidung zusätzlicher Aufwands* zu prüfen. Mit jeder Entscheidung über das Ausweiten von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die Refinanzierung der damit verbundenen Kosten sicherzustellen.
- Die Vergütungsreform in der Psychiatrie und Psychosomatik darf nicht zu Fehlanreizen führen, die die *Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung* der Bevölkerung verschlechtern könnten. Der Gesetzgeber muss die noch gesetzlich vorzuziehende Konvergenzphase ebenfalls so ausrichten, dass die wohnortnahe Versorgung der Patienten nicht gefährdet wird.
- Bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA darf am Grundprinzip des *§ 137c SGB V (Verbotsvorbehalt)* nicht gerüttelt werden. Innovationen müssen solange als zugelassen gelten, bis durch ein faires Überprüfungsverfahren festgestellt wird, dass die Leistung für die Versorgung der Patienten nicht erforderlich ist.

5. Personalmanagement

- Die seit Jahren durchgeführten Ausbildungen zum *Beruf des Operationstechnischen Assistenten* sind endlich gesetzlich anzuerkennen. Öffnungen für weitere Assistenzberufe sind erforderlich.
- Die Krankenhäuser müssen in die Erprobung von *Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V* zur Neuordnung ärztlicher und pflegerischer Aufgaben durch ausdrückliche Nennung eingebunden werden.
- 4.000 Arztstellen sind derzeit in Kliniken unbesetzt, weil sich immer mehr Ärzte für nichtmedizinische Berufe entscheiden. Insofern ist eine neue Bedarfsberechnung und ggf. eine *Anhebung der Studienkapazitäten* für das Studium der Humanmedizin erforderlich. Der Numerus clausus als Auswahlverfahren bildet die persönliche Qualifikation des Studienbewerbers nicht ausreichend ab und muss um weitere Kriterien ergänzt werden. Bei steigenden Studierendenzahlen müssen Universitätskliniken zusätzliche finanzielle und bauliche Kapazitäten erhalten, damit die Qualität der Ausbildung gewährleistet wird.
- Das *Arbeitszeitrecht* auf europäischer und nationaler Ebene hat dauerhaft Öffnungsmöglichkeiten bei der wöchentlichen (Höchst-)Arbeitszeit vorzusehen. Inaktive Zeiten beim Bereitschaftsdienst dürfen nicht vollständig als Arbeitszeit gewertet werden.
- Die *Krankenpflegeausbildung* in der Trägerschaft von Krankenpflegesschulen an Krankenhäusern ist beizubehalten. Die Ausbildungsinhalte sind kontinuierlich weiter zu entwickeln.
- Die qualitativ hochwertige *Weiterbildung von Ärzten* in Krankenhäusern kann nur sichergestellt werden, wenn die spezifischen Kosten der ärztlichen Weiterbildung zusätzlich zu den Vergütungen für Krankenhausleistungen entgolten werden.

6. Wettbewerbsrahmen

■ Um die für eine flächendeckende Versorgung notwendigen Zusammenschlüsse von Krankenhäusern in Zukunft nicht zu gefährden und den besonderen Belangen der medizinischen Versorgung und des Krankenhauswesens gerecht zu werden, ist eine *Herabsetzung von Krankenhausfusionen aus dem Anwendungsbereich der Fusionskontrolle* erforderlich, zumindest jedoch die Schaffung krankenhausspezifischer Regelungen. Gleichfalls müssen kommunalrechtliche Restriktionen für Zusammenschlüsse entfallen. Bei der Ermittlung der Schwellenwerte für Fusionskontrollverfahren dürfen krankenhausspezifische Bereiche nicht mit einbezogen werden.

7. Bürokratie

■ *Bürokratieabbau* ist und bleibt ein zentrales Erfordernis, um die vorhandenen Ressourcen auf die Behandlung der Patienten zu konzentrieren. Dessen ungeachtet haben die Bürokratielasten weiter zugenommen. So finden nach wie vor zu viele ungerechtfertigte Prüfungen durch die Krankenkassen und ihre Medizinischen Dienste statt.

Das den Krankenhäusern mit dem KHRG aufgebürdete *Einzugsverfahren der Zuzahlungen* von säumigen GKV-Versicherten ist umgehend wieder zurückzunehmen.

■ In den Kliniken entstehen jährlich unnötige Bürokratiekosten in Höhe von ca. 1,3 Milliarden Euro. Krankenhausärzte verbringen mittlerweile im Durchschnitt drei Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit mit Dokumentationsstätigkeiten. Diese Bürokratie muss zurückgefahren werden, damit sich Ärzte und Pflegekräfte ganz auf die Behandlung der Patienten konzentrieren können.

V. Krankenhäuser in Zahlen

- *Versorgungsleistungen, die 2,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt betragen*
- *stärkster Leistungsbereich (35,2 Prozent) in der Krankenversicherung*
- *64,6 Milliarden Euro Umsatz darunter 52,9 Milliarden Euro GKV-Mittel und 6,7 Milliarden Euro PKV-Mittel*
- *2.087 Krankenhäuser*
- *506.954 Betten*
- *17, 2 Millionen stationäre Patienten*
- *18 Millionen ambulante Behandlungsfälle*
- *142,9 Millionen Belegungstage*
- *insgesamt 1,1 Millionen Mitarbeiter*
- *137.800 Krankenhausärzte*
- *6.916 Belegärzte*
- *392.896 Pflegekräfte*
- *durchschnittliche Verweildauer von 8,3 Tagen*
- *1.192 Fallpauschalen (DRGs)*
- *127 Zusatzentgelte*

