

# DKG fordert Planbarkeit und Verlässlichkeit der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser

## Stellungnahme der DKG zu den krankenhausesrelevanten Vorhaben im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP und zum konkreten Handlungsbedarf

Die Zahl der aktuellen „Baustellen“ im Gesundheitswesen ist auch ohne die noch ausstehende GKV-Finanzreform nicht gering. Die Koalition plant erste Änderungen krankversicherungsrechtlicher Vorschriften, ein entsprechender Referentenentwurf (GKV-Änderungsgesetz – GKV-ÄG) war im Januar in Berlin bereits in Umlauf. Er enthält unter anderem Klarstellungen zur Einbeziehung privater Abrechnungsstellen bei der Abrechnung von ambulanten Leistungen und zu § 6 Absatz 4 BPflV (Bemessung der Personalbesetzung nach der Psych-PV). Mit Blick auf weitere zu erwartende gesetzgeberische Initiativen ist es wichtig, den Vertretern der Koalition die Argumente der Krankenhäuser für eine konsequente Stärkung der stationären Krankenversorgung, aber auch insbesondere für die Öffnung und Verzahnung mit der ambulanten Versorgung sowie die Beseitigung von Hindernissen, konkret nachzubringen. In Gesprächen mit Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler und weiteren politisch Verantwortlichen im Bundesgesundheitsministerium sowie mit Vertretern von Parteien und Fraktionen des Deutschen Bundestages hat die DKG-Spitze unter Führung von Präsident Dr. Rudolf Kösters und Hauptgeschäftsführer Georg Baum in den zurückliegenden Wochen die Positionen der Krankenhäuser dargelegt. Die DKG-Geschäftsstelle hat die wichtigsten aktuellen Punkte in einem Papier zusammengestellt, das nachfolgend abgedruckt wird.

### 1. Vorbemerkung

Die Krankenhäuser stellen im Kernbereich des Gesundheitswesens die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Sie tragen in jährlich 17,5 Mio. stationären und 18 Mio. ambulanten Behandlungsfällen Sorge für die erforderliche Diagnostik und Therapie. Die 2 083 Krankenhäuser in Deutschland sind mit einem Anteil von 2,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt, 1,1 Mio. Beschäftigten und einem Gesamtumsatz von rund 70 Mrd. € ein bedeutender Wirtschaftszweig mit hohem Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotenzial.

Die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser sind im letzten Jahrzehnt grundlegend reformiert worden:

- Das Vergütungssystem wurde auf Fallpauschalen umgestellt.
- Qualitätssicherung wurde in allen Bereichen der Versorgung verankert.
- Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser wurden dem Grunde nach erweitert.
- Vertragliche Möglichkeiten zu verbesserten Kooperationen und Integrationsvereinbarungen sind geschaffen worden.

- Die Krankenhäuser sind umfassend in das Selbstverwaltungssystem eingebunden worden.

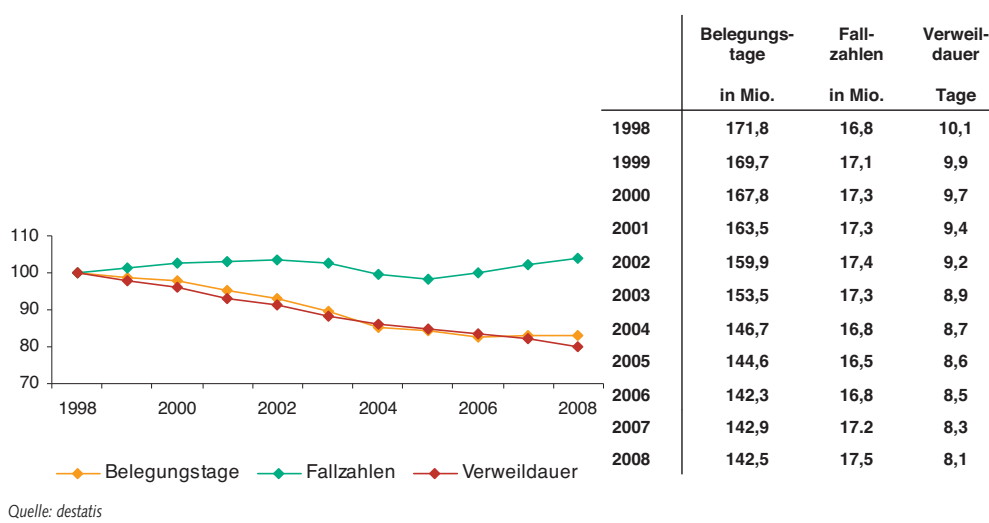
Nach dem Abschluss der Überführungsphase des DRG-Systems durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) sehen die Krankenhäuser für diese Legislaturperiode gesetzlichen Handlungsbedarf für Korrekturen und Weiterentwicklungen. Wichtig für die Krankenhäuser ist jetzt Planbarkeit und Verlässlichkeit der rechtlichen Rahmenbedingungen. Die aktuell größte Herausforderung für die deutschen Krankenhäuser ist die Bewältigung der sich insbesondere im ärztlichen Bereich weiter verschärfenden Personalverknappung.

### 2. Zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser

Nach Jahren großer Unterdeckungen mit noch dazu absolut inakzeptablen Kürzungen durch den Gesetzgeber haben die Krankenhäuser im abgelaufenen Jahr Erlössteigerungen im GKV-Bereich von ca. 6,4 Prozent erzielt. Dies entspricht einem Zuwachs von ca. 3,3 Mrd. €. Die im KHRG den Krankenhäusern zugesagten 3,5 Mrd. € werden damit nicht erreicht. Dem Erlöszuwachs stehen zudem massive Kostenzuwächse infolge der Tarifsteigerungen aus den Jahren 2008 und 2009 gegenüber. Die Mehrkosten dieser Tarifsteigerungen beliefen sich allein im Jahr 2009 auf 2,1 Mrd. €. Hinzu kommen Unterdeckungen von mehr als 1 Mrd. € in 2008. Im laufenden Jahr ist mit weiter steigenden Personalkosten aufgrund bereits beschlossener Tarifstufen bzw. aufgrund zu erwartender neuer Tarifverträge zu rechnen. Auch stellen die wieder ansteigenden Energiekosten für die Krankenhäuser ein merkliches Problem dar.

Die Weiterentwicklung der Fallpauschalenpreise (Landesbasisfallwerte) wird im Jahr 2010 durch die Grundlohnrate auf maximal 1,5 Prozent begrenzt. In den Vereinbarungen auf der Landesebene konnte diese Rate häufig nicht ausgeschöpft werden, weil die Krankenhäuser für die medizinisch bedingten Mehrleistungen des Vorjahres Abzüge hinnehmen mussten. Trotz der Einbeziehung der Krankenhäuser in die Investitionsförderung durch das Konjunkturprogramm bleibt die regelhafte Investitionsfinanzierung mit einem Volumen von nur ca. 2,7 Mrd. € ein nach wie vor ungelöstes gravierendes Problem. 2010 wird für die Krankenhäuser ein schweres Jahr. ▶

Entwicklung Belegungstage, Fallzahlen, Verweildauer

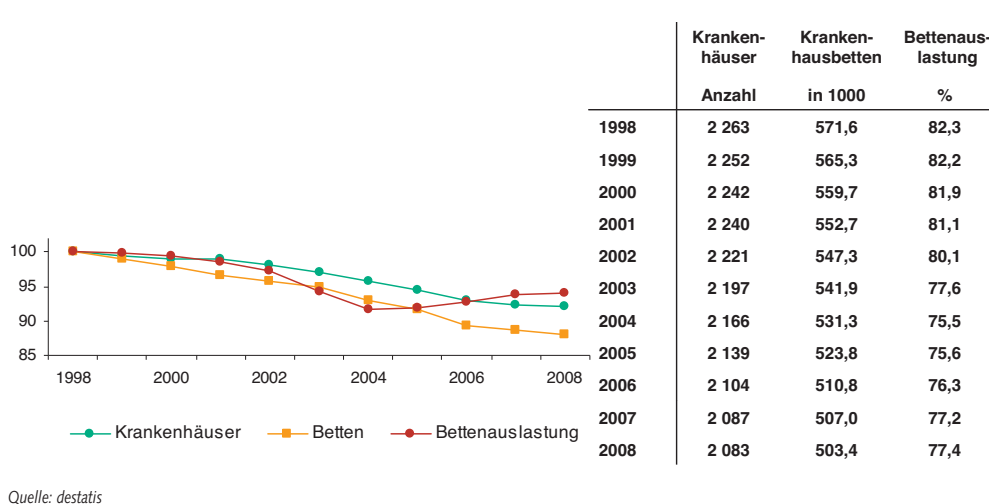


setzung erfolgt durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Krankenhäuser erwarten,

- dass die Abkehr von der Grundlohnrate 2011 auch tatsächlich vollzogen wird;
- dass sich der aus den Erhebungen ergebende Kostenzuwachs 1:1 für die Preiszuwächse zur Verfügung steht.

Eine mindernde Einbeziehung von Leistungsmengen- oder Produktivitätsentwicklungen in die Berechnungen zur Ermittlung des Orientierungswertes, wie von den Krankenkassen gefordert, wäre nicht sachgerecht. Diese Faktoren werden bereits bei den Verhandlungen zur Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt. Der Kostenindex soll bis 30. Juni 2010 ermittelt werden. Angesichts der noch nicht abgeschlossenen Methodikdiskussion für dessen Ermittlung besteht größte Sorge, dass der Zeitplan nicht eingehalten wird.

Entwicklung Krankenhäuser, Krankenhausbetten, Bettenauslastung



### 3. Krankenhausfinanzierung – Umsetzung/ Weiterentwicklung

Mit dem KHRG wurde der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhausfinanzierung weitgehend zufriedenstellend geregelt. Unbefriedigend und weiterhin korrekturbedürftig bleibt, dass das Morbiditätsrisiko durch das KHRG verschärft den Krankenhäusern auferlegt wurde. Fallzahl- und Fallschweresteigerungen dürfen nicht zur Absenkung der Landesbasisfallwerte führen. Die gesetzliche Vorgabe in § 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG muss korrigiert werden.

#### Orientierungswert ab 2011 starten

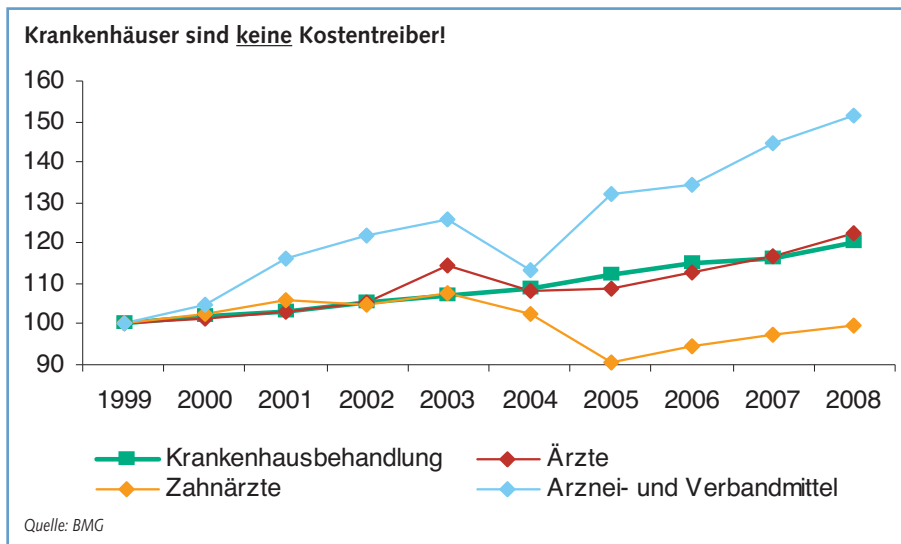
Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde die Grundlohnrate als schneidende Obergrenze für die Preiszuwächse der Fallpauschalen (Landesbasisfallwert) dem Grunde nach abgeschafft. An die Stelle der Grundlohnrate tritt ein vom Statistischen Bundesamt bis Mitte 2010 zu entwickelnder Krankenhauskostenindex als Orientierungswert. Die Inkraft-

#### Tarifsteigerungen berücksichtigen

Mit der Überführung von der Grundlohnrate auf den Orientierungswert ist die Problematik der systemischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser nicht gelöst. Soweit tatsächliche Kostensteigerungen es erforderlich machen, insbesondere Tarifkostensteigerungen, müssen die Vergütungen der Krankenhäuser auch an die tatsächlichen Kostenentwicklungen angepasst werden können. Deshalb darf der Orientierungswert dauerhaft keine absolut schneidende Obergrenze für die Preisentwicklung darstellen. Dies muss bei einer gesetzlichen Weiterentwicklung sichergestellt werden.

#### Bundesweiter Basisfallwert

Im Koalitionsvertrag wird die Überführung auf einen bundeseinheitlichen Basisfallwert abgelehnt. Die 2010 nach dem KHRG gestartete Konvergenz der Landesbasisfallwerte auf einen Korridor um den durchschnittlichen Landesbasisfallwert sollte davon unberührt bleiben. ▶



## Entgeltsystem Psychiatrie

Bislang sind die stationären psychiatrischen Leistungen vom DRG-Fallpauschalensystem ausgenommen, weil psychiatrische Fälle höchst individuelle Verläufe aufweisen. Sie sind einem diagnosegesteuerten pauschalen Vergütungssystem nicht zugänglich. Entsprechend gibt es auch kaum internationale Erfahrungen. Mit dem KHRG wurde der Auftrag an die Selbstverwaltungspartner (DKG und GKV-Spitzenverband) zur Entwicklung von Tagespauschalsätzen für psychiatrische Leistungen von Krankenhäusern gegeben. Diese sollen ab 2013 zur Abrechnung

## 4. Psychiatrie – Umsetzung Psych-PV/ neues Entgeltsystem

### Verbesserung der Finanzierung der psychiatrischen Krankenhäuser

In vielen psychiatrischen Krankenhäusern herrscht derzeit großer Unmut, weil die durch das KHRG vorgesehenen verbesserten Finanzierungsbedingungen in den Budgetverhandlungen durch die Krankenkassen blockiert werden. Konkret sieht das Gesetz vor, dass die Krankenkassen die Budgets der psychiatrischen Krankenhäuser so aufstocken sollen, dass die Personalsollzahlen, die sich aus der Psychiatrie-Personalverordnung ergeben, auch tatsächlich von den Krankenhäusern finanziert werden können.

Bedauerlicherweise wird der Gesetzestext des neu eingeführten § 6 Absatz 4 BpflV in den Budgetverhandlungen vor Ort von der Krankenkassenseite häufig so ausgelegt, dass sich der Umsetzungsstand der Psych-PV auf die Budgetvereinbarungen des Jahres 2008 (Jahresanfang) und nicht auf die tatsächliche Personalsituation des Krankenhauses zum Stichtag am 31. Dezember 2008 (Jahresende) bezieht. Trotz eindeutiger Stellungnahme des BMG vom 30. Juli 2009 wurde diese Fehlinterpretation der Kassenseite durch erste Entscheidungen der Schiedsstellen bestätigt. Erfreulicherweise sind inzwischen – nicht zuletzt dank der Stellungnahme des BMG – auch Entscheidungen von Schiedsstellen und einer Landesbehörde getroffen worden, die der Intention des Gesetzgebers entsprechen. Dennoch haben die Krankenhäuser immer noch große Schwierigkeiten, ihre Ansprüche gemäß § 6 Absatz 4 BpflV in den Verhandlungen geltend zu machen. Die Einleitung einer Vielzahl von unnötigen Schiedsverfahren kann keine Lösung sein. Notwendig ist eine kurzfristig herbeizuführende gesetzliche Klarstellung, mit der die Formulierung des § 6 Absatz 4 BpflV so zu fassen ist, dass sich die Umsetzung der Psych-PV unmissverständlich auf den tatsächlichen Personalbestand und nicht auf die Budgetvereinbarung für das Jahr 2008 bezieht. *(Diesem Anliegen soll mit dem GKV-Änderungsgesetz entsprochen werden.)*

kommen. Ziel sind landeseinheitliche Tagessätze für die jeweils unterschiedlichen psychiatrischen Behandlungen. Sie sollen die heute aus dem Krankenhausbudget abgeleiteten krankenhausesindividuellen Tagessätze ablösen. Zur Vorbereitung des Systems sind sehr umfassende Datenlieferungspflichten der Kliniken ab Januar 2010 vorgesehen. Dazu wurden vom DIMDI neue OPS-Kodes entwickelt, die durch Veröffentlichung des BMG für alle Krankenhäuser verbindlich gemacht werden. Die Krankenhäuser werden dadurch mit einem Erfassungs- und Dokumentationsaufwand konfrontiert, der zu großem Unmut aufgrund der zusätzlichen Belastungen führt. Um dies abzuwenden, haben sich der GKV-Spitzenverband und die DKG als verantwortliche Selbstverwaltungspartner an das BMG mit der Bitte um Überarbeitung der Codes gewandt. Bis zum 15. Februar 2010 sollen nunmehr Vorschläge der Selbstverwaltungspartner zur Vereinfachung vorgelegt werden. Die Krankenhäuser bitten nachdrücklich, die Korrektur der OPS-Kodes im unterjährigen Verfahren durchzuführen.

### Einführungsgesetzgebung in 2011/2012

Die Bereitschaft der psychiatrischen Krankenhäuser für die Reform des Vergütungssystems ist eng mit der durch das KHRG versprochenen Verbesserung der Finanzierungsbedingungen verknüpft. Vor der Einführung der pauschalierenden Entgelte im Jahr 2013 ist ein Gesetzgebungsverfahren erforderlich, mit dem Einzelheiten der budgetneutralen Überführung in das neue System festgelegt werden müssen. Sollte die Unterfinanzierung der Psychiatrie bis zu diesem Zeitpunkt fortbestehen oder das Entgeltsystem sich als nicht akzeptabel erweisen, muss dies bei diesem Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden.

## 5. Investitionsfinanzierung – Kalkulationen der Investitionspauschalen

Nach dem KHRG haben die Selbstverwaltungspartner den Auftrag, bis Ende 2010 ergänzend zum DRG-System Investi-

tionsbewertungsrelationen zu kalkulieren, die von den Bundesländern ab 2012 als Alternative zu den bisherigen Förderwegen (Pauschalförderung/Einzelförderung) eingeführt werden können – aber nicht müssen. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverband/DKG) sind in ihrem Bemühen, eine gemeinsame Konzeption zur Ermittlung der Investitionsbewertungsrelationen zu vereinbaren, gescheitert. Nun obliegt die Ersatzvornahme dem BMG. Die DKG bedauert das Scheitern ausdrücklich. Anders als das Kassenkonzept sieht das DKG-Konzept einen modularen Ansatz vor. Im Rahmen dieses Ansatzes soll ein einheitlicher Grundbedarf für die allgemeine Infrastruktur und ein besonderer Investitionsbedarf für ausgewählte Leistungsbereiche kalkuliert werden. Die DKG appelliert an den Verordnungsgeber, bei der Ersatzvornahme diesen zu Weg zu beschreiten.

## 6. Ambulante Leistungen von Krankenhäusern/ Weiterentwicklung der Verzahnung

### Trägerschaft MVZ

Das im Koalitionsvertrag formulierte grundsätzliche Bekenntnis zur Fortsetzung des Prozesses einer besseren Verzahnung wird von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Dies muss allerdings konsequent und widerspruchsfrei umgesetzt werden. Hier gibt die vorgesehene Änderung bei der Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren durch Krankenhäuser Anlass zur Sorge. Demnach sollen Krankenhäuser nur noch Minderheitsbeteiligungen an MVZ halten können.

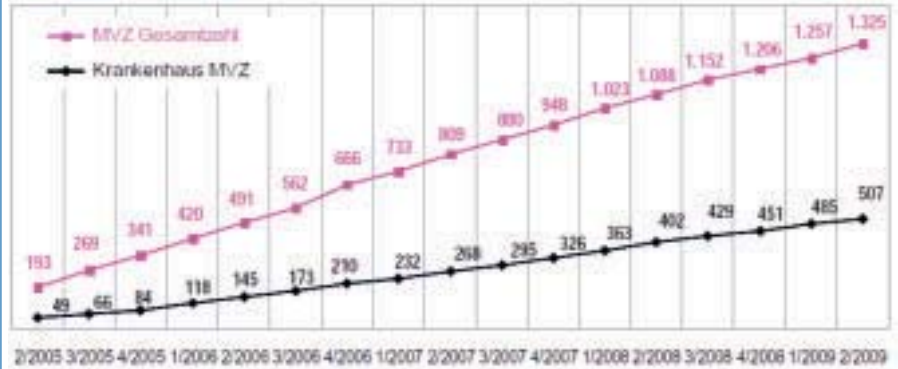
Diese Überlegungen im Koalitionsvertrag basieren auf nicht zutreffenden Annahmen. Die korrekte Sach- und Faktelage bezüglich MVZ im Krankenhaus stellt sich vielmehr wie folgt dar:

- MVZ sind „Vertragsarztpraxen“. Sie unterliegen hinsichtlich Zulassung, Leistungsspektrum, Qualität und Vergütung (Regelleistungsvolumen) den identischen Bedingungen der niedergelassenen Arztpraxen.
- Es ist weder rechtlich möglich noch ersichtlich, dass „reine Kapitalgesellschaften“ (im Sinne von Private Equity-Kapital) Vertragsarztpraxen übernehmen. Von den Leistungserbringern, die nach § 95 Absatz 1 SGB V überhaupt nur zur Grün-

### Ambulante Leistungen – MVZ

**61,79%** der MVZ werden von Ärzten (und anderen) geführt

Lediglich **38,21%** der MVZ werden von Krankenhäusern geleitet

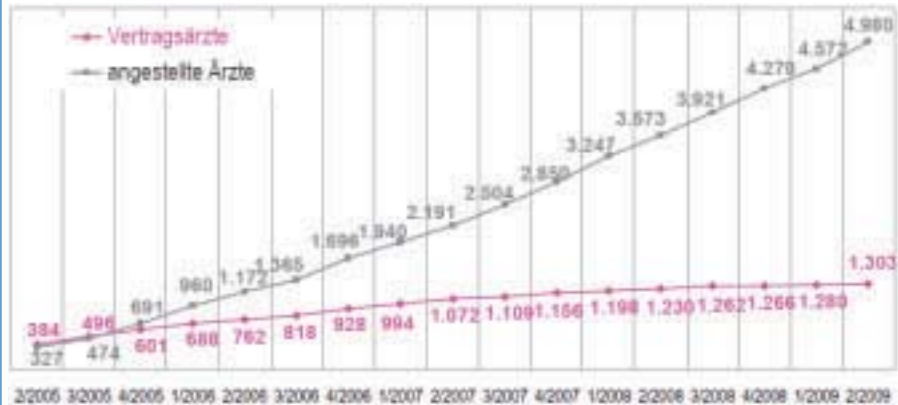


Quelle: KBV, MVZ-Entwicklungen 2010/09

### Ambulante Leistungen – MVZ

**79,26%** der in MVZ tätigen Ärzte sind Angestellte

Lediglich **20,74%** der in MVZ tätigen Ärzte sind selbstständig!



Quelle: KBV, MVZ-Entwicklungen 2010/09

dung von MVZ berechtigt sind, haben Krankenhäuser einen Anteil von 38,3 Prozent (Quelle: KBV-Statistik, Stand Juni 2009). In ausschließlich vertragsärztlicher Hand befindet sich dagegen mit 51,3 Prozent die große Mehrheit der insgesamt 1 325 MVZ (Quelle: KBV-Statistik, Stand Juni 2009). Die Statistiken zur Gründung von MVZ belegen zudem, dass sich Ende Juni 2009 nur 10,4 Prozent aller MVZ in der Hand sonstiger Leistungserbringer befanden. Von einer Bedrohung oder steigenden Übernahme von Krankenhaus-MVZ kann angesichts der vorliegenden Zahlen nicht die Rede sein; der Anteil der Krankenhäuser liegt gleichbleibend bei ca. einem Drittel. Zudem sind alle zugelassenen Krankenhäuser unabhängig von ihrer Träger- und Finanzierungsstruktur nicht mit Kapitalanlagegesellschaften zu vergleichen.

- Gerade in weniger dicht besiedelten Regionen wird durch die Gründung von MVZ die medizinische Versorgung aufrechterhalten. Die Alternative ist häufig die Schließung von Praxen.

- Insbesondere jungen Ärzten eröffnet das Angestelltenverhältnis in einem MVZ die Möglichkeit, Beruf und Familie besser vereinbaren zu können. Mehr als 50 Prozent der Medizinstudenten sind Frauen. Flexible Beschäftigungsformen in Krankenhaus-MVZ bieten Lösungen, Familie und Beruf besser in Einklang zu bringen und helfen, das knappe ärztliche Arbeitskräftepotenzial zu erweitern.
- Bei Beteiligungen von unter 50 Prozent würden vom Krankenhaus bezogene Leistungen durch Umsatzsteuer unnötig verteuert werden.

## Ambulante spezialärztliche Leistungen von Krankenhäusern (§ 116 b SGB V)

Seit ca. zwei Jahren können die Krankenhäuser bei den Landesbehörden Zulassungen zur Erbringung ambulanter Leistungen aus dem Spektrum seltener Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, sogenannte 116 b-Leistungen, beantragen. Einen besonderen Schwerpunkt dieser Leistungen bilden die Krebserkrankungen.

Für die jeweiligen Leistungen legt der G-BA sehr konkrete qualitative Anforderungen fest, die zum Teil weit über die Anforderungen an die Zulassung der niedergelassenen Praxen hinausgehen. Die Krankenhäuser müssen bei der Beantragung der Zulassung diese Anforderungen nachweisen. Von ca. 2 200 Anträgen aus Krankenhäusern sind bislang nur ca. 450 genehmigt worden. Mit der Zulassung werden den Patienten erweiterte Behandlungsmöglichkeiten im Spektrum schwerster Erkrankungen eröffnet. Soweit die im Koalitionsvertrag vorgesehene kritische Überprüfung des Zulassungsverfahrens zu einer Beschleunigung und zu stärker transparenten und regelorientierten Zulassungsentscheidungen führen soll, wird dies aus der Sicht der Krankenhäuser begrüßt. Soweit damit aber das Leistungsspektrum und die Zulassungsbedingungen eingengt werden sollen, wäre dies ein großer Rückschritt und würde dazu führen, dass GKV-Patienten der Zugang zu ambulanten hochqualifizierten vernetzten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser deutlich erschwert bzw. gänzlich versperrt würde. Die Konsequenzen wären weniger Wahlfreiheiten für GKV-Patienten.

Die häufig von Ärzteverbänden geforderte Einbindung der 116 b-Zulassungen in das System der vertragsärztlichen Bedarfsplanung würde dieses durch die Realität weit überholte und in höchstem Maße reformbedürftige Planungssystem weiter verfestigen und in der überwiegenden Zahl der Regionen Patienten den Zugang zur spezialärztlichen ambulanten Behandlung in Krankenhäusern unmöglich machen.

Die Krankenhäuser bekennen sich zum Grundsatz fairer Wettbewerbsbedingungen in diesem von niedergelassenen Praxen und Krankenhäusern bedienten Leistungsspektrum. Statt die Leistungsmöglichkeiten der Krankenhäuser einzuzengen, sollten die Möglichkeiten für niedergelassene Ärzte zur Errichtung von Praxen, die 116 b-Leistungen erbringen, ausgeweitet werden, indem die 116 b-Leistungen von den Restriktionen der Bedarfsplanung ausgenommen werden. Auch sollten die Leistungen ähnlich wie die ambulanten OP-Leistungen

nicht in Honorarbudgetierungsregelungen der KVen einbezogen werden. Gefordert sind offensive Lösungen und kein Rückfall in Abschottungen.

## 7. Fairer Wettbewerb – Grenzen des Wettbewerbs

### Anwendung des GWB auf Krankenkassen

Ausdrücklich zu begrüßen ist die im Koalitionsvertrag vorgesehene Einbeziehung der gesetzlichen Krankenkassen in den Ordnungsrahmen des allgemeinen Wettbewerbsrechtes. Dies muss auch für Verträge einzelner Krankenkassen mit Krankenhäusern gelten. Krankenkassen fusionieren zu immer größeren Einheiten und sind zunehmend wie Unternehmen tätig.

### Anpassung der Fusionskontrolle auf die Besonderheiten der Krankenhäuser

Ebenfalls begrüßt wird der im Koalitionsvertrag vereinbarte Überprüfungsbedarf bei der Fusion von Krankenhäusern. Das Bundeskartellamt und die Rechtsprechung wenden das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) zur Fusionskontrolle derzeit uneingeschränkt auch auf den Krankenhausbereich an und haben in der Vergangenheit mehrfach Fusionen von Krankenhäusern untersagt. Dies wird den Besonderheiten des Krankenhausbereichs nicht gerecht, denn dieser ist kein typischer Markt. Die Leistungserbringung, die Preisbildung sowie die Qualitätssicherung werden bereits umfassend durch öffentlich-rechtliche Vorgaben reguliert. Dem Hauptanliegen der Fusionskontrolle, den Gefahren steigender, nicht marktgerechter Preise oder fehlender Anreize für die Mengen- und Qualitätsentwicklung entgegenzuwirken, wird im Krankenhausbereich durch die staatliche Regulierung Rechnung getragen.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist die Schaffung und Nutzung von Synergien unerlässlich, welche oftmals nur durch Zusammenschlüsse erreicht werden können. Die damit verbundenen Vernetzungen sind gesundheitspolitisch ausdrücklich gewollt und werden durch die gesetzlichen Vorgaben bestätigt. Die uneingeschränkte Anwendung der Fusionskontrolle steht daher im Widerspruch zu den Anforderungen einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung. Erforderlich ist eine Herausnahme von Krankenhausfusionen aus dem Anwendungsbereich der Fusionskontrolle. In jedem Fall ist die Schaffung krankenhausspezifischer Regelungen erforderlich. Gleichfalls müssen kommunalrechtliche Restriktionen für Zusammenschlüsse entfallen. Bei der Ermittlung der Schwellenwerte für Fusionskontrollverfahren dürfen krankenhaushausfremde Bereiche nicht mit einbezogen werden.

### Keine Selektiv- und Rabattverträge

Die Krankenhäuser haben die Erwartung, dass die Diskussion der vergangenen Legislaturperiode über Selektivverträge bei elektiven Krankenhausleistungen und über Rabattverträge von

der neuen Regierungskoalition nicht wieder aufgenommen wird. Die Krankenhäuser stellen sich einem sehr intensiven Leistungs- und Qualitätswettbewerb, der für die Versicherten und Patienten Wahlmöglichkeiten schafft. Die Berechtigung zur Leistungserbringung muss sich im Krankenhausbereich genauso wie in der niedergelassenen Versorgung aus allgemein gültigen Zulassungsregelungen ergeben. Kassenindividuelle Ausschlüsse von der Versorgung sind strikt abzulehnen. Sie würden den einzelnen im Wettbewerb stehenden Krankenkassen im Kernbereich der Daseinsvorsorge Kompetenzen übertragen, für die die Krankenkassen keine Legitimation haben. Die freie Wahl des Krankenhauses durch die Patienten kann und darf nicht durch diskriminierende Verträge von Krankenkassen beschnitten werden.

Auch kann und darf die Vergütung der Krankenhausleistungen nicht durch Preis- und Rabattwettbewerb gesteuert werden. In keinem Bereich des Gesundheitswesens mit Sicherstellungsfunktion können die allgemeinen Vergütungs- und Gebührenregelungen durch einzelne Krankenkassen unterlaufen werden. Dies muss auch weiterhin uneingeschränkt für die Finanzierung der Krankenhausleistungen gelten. Die Fallpauschalen müssen Festpreise bleiben. Vertragliche Abweichungen sind unter den Bedingungen von Integrationsverträgen oder besonderen Erprobungsregelungen möglich.

## 8. Ärztemangel konzertiert angehen

Der Koalitionsvertrag sieht vor, dem Ärztemangel durch Bürokratieabbau und leistungsgerechte Vergütungen zu begegnen. Dazu ist festzustellen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern leistungsgerecht entlohnt werden. Sollte das Vergütungsniveau von Krankenhausärzten nicht ausreichend erscheinen, muss die Refinanzierung höherer Gehälter auch gesetzlich sichergestellt werden. Der Bürokratieabbau ist dringend notwendig, wird jedoch nicht ausreichen, die bereits heute fehlenden 5 000 Mediziner in den Krankenhäusern zu kompensieren. Der gestiegene Bedarf an medizinischem Fachpersonal gründet nicht unwesentlich auf gesetzlichen Rahmenbedingungen. So entstand allein durch die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie ein zusätzlicher Bedarf an 27 000 Mediziner in Krankenhäusern. Das entspricht einem politisch induzierten Mehrbedarf von rund 20 Prozent. Krankenhäuser sind in der Lage, einen Teil dieses Mehrbedarfs durch Prozessoptimierungen zu kompensieren. Hierzu benötigen sie weiterhin Unterstützung durch entsprechende Rahmenbedingungen für die Anerkennung von Assistenzberufen und zur Neuordnung von Tätigkeitsbeschreibungen. Ebenfalls erforderlich ist die offensive Nutzung der ambulant-stationären Verzahnungsmöglichkeiten. Inzwischen melden zwei Drittel aller Krankenhäuser Probleme bei der Besetzung von 5 000 freien Arztstellen. Ein absehbar steigender Bedarf an medizinischem Personal ergibt sich zudem aufgrund des demographischen Wandels, dem Wertewandel mit einer zunehmenden Familienorientierung und einem steigenden Anteil erwerbstätiger Frauen sowie einem zunehmend größeren Anteil ausgebildeter Ärzte, die in nichtärztlichen Berufen tätig werden. Die-

ser Entwicklung kann langfristig nur durch eine Erhöhung der Studienkapazitäten im Fach Humanmedizin begegnet werden.

## 9. Gemeinsamer Bundesausschuss/ Qualitätssicherung

### Innovationen nicht behindern

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können von den Krankenhausärzten eigenverantwortlich angewandt werden. Nur für den Fall, dass ein Bewertungsverfahren im G-BA beantragt wird, findet ein Überprüfungsverfahren statt, an dessen Ende ein Verbot der weiteren Anwendung des Verfahrens stehen kann (Verbotsvorbehalt § 137 c SGB V). Innovationen im niedergelassenen Bereich bedürfen dagegen einer ausdrücklichen Genehmigung (Genehmigungsvorbehalt § 135 SGB V). Bestrebungen der Kostenträger, die innovationsfreundliche Regelung im Krankenhausbereich restriktiver auszugestalten bzw. auch dort einen Genehmigungsvorbehalt einzuführen, würden, wie viele Beispiele langjähriger Entscheidungsprozesse in der ambulanten Versorgung zeigen, die Einführung von Innovationen im Gesundheitswesen deutlich behindern. Eine solche Änderung der gesetzlichen Regelung in § 137 c SGB V ist deshalb strikt abzulehnen.

### Parität in Beschlusskammern herstellen

Krankenhäuser sehen in den Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Bundesebene eine praxisnahe Alternative zu staatlichen Einzelentscheidungen. Die mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eingeführte Konzentrierung aller Entscheidungen des G-BA auf eine Beschlusskammer führt allerdings weg von praxisnahen Entscheidungen. Die Besetzung der Leistungserbringerbank im G-BA mit drei Mitgliedern aus dem niedergelassenen Bereich (zwei Mitglieder der KBV und ein KZBV-Mitglied) und zwei Mitgliedern aus dem stationären Bereich gewährleistet keine Parität zu den Kostenträgern, sodass die Interessen der Krankenhäuser unterrepräsentiert sind. Für sektorspezifische Fragestellungen sollten künftig wieder sektorparitätisch besetzte Beschlusskammern zuständig sein.

### Folgekosten-Abschätzung erforderlich

Die Beschlüsse des G-BA führen nicht selten zu erheblichen Folgekosten in den Krankenhäusern, die in der Regel von den Kostenträgern nicht refinanziert werden. Diese zusätzlichen Lasten können wegen der schwierigen Erlössituation der Krankenhäuser nicht kompensiert werden. Auch führen G-BA-Beschlüsse ohne finanzielle Konsequenzen für die Kostenträger zu inhaltlichen Fehlentwicklungen. Deshalb muss künftig eine regelhafte Prüfung der Beschlüsse hinsichtlich ihrer finanziellen Auswirkungen sichergestellt werden, damit diese zunächst transparent werden. Zudem sind in die Vergütungsregelungen

(DRG-System) Bestimmungen aufzunehmen, die Mehrkosten infolge von G-BA-Beschlüssen zeitnah berücksichtigungsfähig machen.

### Mindestmengen an der Qualität orientieren

Mindestmengen dienen der Qualitätssicherung und der Qualitätstransparenz. Sie sollen nach den gesetzlichen Vorgaben (§ 137 SGB V) nur eingesetzt werden, wenn im besonderen Maße ein Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität und Fallhäufigkeit besteht. Mindestmengen dürfen dabei nur bei planbaren Krankenhausleistungen festgesetzt werden. Diese Vorgaben sind in der Praxis der G-BA-Beschlüsse (Beispiel Neonatologie) zunehmend aus dem Fokus geraten. Weder die Voraussetzung eines besonderen Zusammenhangs mit der Ergebnisqualität noch die Beschränkung auf wirklich planbare Behandlungen wird von den Kostenträgern beachtet. Mit diesem Instrument wird unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung häufig qualitativ hochwertige und notwendige medizinische Versorgung verhindert. Mindestmengen wirken wie ein Berufsverbot unabhängig von der im Einzelfall erbrachten und nachgewiesenen Qualität der medizinischen Leistung. Insofern muss das Instrument der Mindestmengen reformiert und mindestens um eine Option erweitert werden, mit der bei nachgewiesener Ergebnisqualität im Einzelfall von der Mindestmengenregelung abgewichen werden kann.

### Sektorübergreifende Qualitätssicherung

Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden derzeit die Grundlagen für die Umsetzung dieses mit der Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG § 137 Absatz 2 SGB V) beschlossenen Qualitätssicherungsverfahrens festgelegt. Ziel ist es, die Behandlung von Patienten mit jeweils zu beschließenden Krankheitsbildern über die ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen und Behandlungsepisoden hinweg zu dokumentieren und auszuwerten. Dazu müssen sehr umfangreiche Datenerfassungs-, -lieferungs- und -auswertungswege und Prozesse installiert werden. Im Mittelpunkt des Verfahrens steht das eigens per Gesetz geschaffene Institut nach § 137 a SGB V, das ähnlich dem IQWiG-Institut vom G-BA mit der Durchführung der Qualitätssicherung beauftragt wird. Nach den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes sollen alle Daten in diesem Institut erfasst und ausgewertet werden. Bestehende Strukturen auf der Landesebene zur Durchführung der bereits existierenden stationären externen Qualitätssicherung drohen zerstört zu werden. Die DKG appelliert an das BMG als Genehmigungsbehörde für die vom G-BA zu beschließende Richtlinie darauf zu achten, dass die gesetzlichen Vorgaben exakt eingehalten, insbesondere bestehende Strukturen einbezogen bleiben und der bürokratische Aufwand kritisch hinterfragt wird.

### 10. Konsequenter Bürokratieabbau

Gesetzgebung und Selbstverwaltungsbeschlüsse haben den Bürokratieaufwand der Krankenhäuser weiter massiv erhöht.

So müssen mit Beginn des Jahres stark ausgeweitete Leistungserfassungen (Kodierungen) im Bereich der psychiatrischen Leistungen und der pflegerischen Leistungen in den Krankenhäusern durchgeführt werden. Auch führen erweiterte Qualitätssicherungsanforderungen zu neuen Datenerfassungen. Weiterhin hohen bürokratischen Aufwand verursachen die übermäßigen Überprüfungen von einzelnen Leistungen durch die Medizinischen Dienste. Einen zusätzlichen Bürokratie-schub hat das den Krankenhäusern durch das KHRG auferlegte Inkasso der Eigenanteile bei zahlungssäumigen Patienten ausgelöst. Erforderlich ist eine Vorgabe im Gesetz, die zur Bürokratiearmut verpflichtet und dies zum Prüfkriterium bei der Genehmigung von Richtlinien des G-BA macht.

Der Koalitionsvertrag sieht ein „unbürokratisches Erhebungsverfahren für die Praxisgebühr“ vor. Entsprechendes muss auch für die Einziehung der Patientenzuzahlungen nach § 39 Absatz 4 SGB V angestrebt werden und kann nur durch eine ersatzlose Streichung des § 43 b Absatz 3 SGB V und somit der Wiederherstellung der vor Inkrafttreten des KHRG geltenden Rechtslage erreicht werden, das heißt die Krankenhäuser ziehen die Zuzahlung im Krankenhaus ein, soweit ihnen dies möglich ist, und erinnern den Patienten einmalig schriftlich an seine Verpflichtung.

Dringend notwendig ist eine gesetzliche Regelung zur datenschutzrechtlichen Absicherung der Einbeziehung von Abrechnungsstellen bei ambulanten Krankenhausleistungen.

### 11. Europa

Der Krankenhausalltag wird massiv durch europäisches Recht bestimmt. Neben Gesetzesinitiativen aus dem gesundheitspolitischen Bereich geben Rechtsakte aus vermeintlich nicht gesundheitssystemrelevanten Politiken einen Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen vor, beispielsweise seien hier Abfall-, Energie-, Gebäude-, Umwelt- und Vergaberecht genannt.

#### Arbeitszeitrichtlinie – Entlastungen für Krankenhäuser

Das europäische Arbeitsrecht stellt die Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen. Neben zahlreichen Initiativen aus dem Bereich des Arbeitsschutzrechts ist exemplarisch zu verweisen auf die zuletzt im Vermittlungsverfahren zwischen dem Europäischen Parlament und dem Rat gescheiterte Novelle (KOM/2004/607 und KOM/2005/246) der sogenannten Arbeitszeitrichtlinie (Richtlinie 2003/88/EG). Diese führt zu einer künstlichen Verknappung des ohnehin unzureichenden Arbeitskräfteangebots im ärztlichen Bereich in Deutschland und bürdet den Krankenhäusern zusätzliche Personalkosten von jährlich über 1 Mrd. € auf. Eine Novelle des in Kraft befindlichen Arbeitszeitrechts ist notwendig, um eine Entlastung der Krankenhäuser zu bewirken. Als Grundlage hierfür ist der im Rat angenommene „Gemeinsame Standpunkt“ vom 15. September 2008 heranzuziehen, der ein zeitlich unbefristetes Abweichen von der wöchentlichen Höchst Arbeitszeit zulässt (opt-

out) und die inaktive Bereitschaftsdienstzeit nicht als Arbeitszeit wertet.

## Lissabon-Vertrag – Wahrung der Kompetenzzuweisungen

Es ist zu beobachten, dass auf europäischer Ebene verstärkt Maßnahmen im Bereich der Organisation von Gesundheitssystemen ergriffen werden, die nach den EU-Grundlagenverträgen von Lissabon eindeutig den Mitgliedstaaten zugewiesen sind und bleiben. Beispielsweise erwägt die Europäische Kommission mit dem Grünbuch über die Mobilität von Arbeitskräf-

ten des Gesundheitswesens in Europa (KOM/2008/725) zahlreiche Maßnahmen, welche die mitgliedstaatliche Kompetenz zur Organisation des Gesundheitswesens verletzen würden. Für die „Patient Safety and Quality of Care Working Group“ wurde ein Arbeitspapier erstellt, in dem unter anderem verbindliche europäische Qualitätsindikatoren und -standards vorgeschlagen werden. Die Bundesregierung ist aufgefordert, auf die Wahrung der Kompetenzzuweisungen aus dem Lissabon-Vertrag zu achten und Maßnahmen zu unterbinden, welche die mitgliedstaatliche Hoheit für die Organisation des Gesundheitswesens beeinträchtigen und damit die Selbstverwaltung aushöhlen. ■

## Krankenhäuser lehnen geforderte Personalkostensteigerungen ab

Am 18. Januar 2010 starteten in Frankfurt die Tarifverhandlungen für Ärzte zwischen den kommunalen Krankenhausbearbeitgebern und dem Marburger Bund. Die zweite Verhandlungsrunde war für den 3. Februar 2010 in Düsseldorf eingeplant. „Die verschiedenen Forderungen des Marburger Bundes nach Gehaltssteigerungen und der Erhöhung der Bereitschaftsdienstentgelte addieren sich auf über acht Prozent. Das würde für die Krankenhäuser Mehrkosten von rund 300 Mio. € bedeuten. Eine solche Personalkostensteigerung können wir nicht schultern“, so der Hauptgeschäftsführer der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber (VKA), Manfred Hoffmann. „Die Krankenhäuser leiden seit langem unter einer unzureichenden Finanzausstattung. Zu einer Gehaltssteigerung von allein linear 5 Prozent führt kein Weg“, stellte Hoffmann weiter klar. „Zusätzlich zu den geforderten 5 Prozent Gehaltssteigerung kommt die Forderung nach einer Steigerung der Bereitschaftsdienstentgelte um bis zu 35 Prozent. Letztlich ist dies keine Forderung, den Bereitschaftsdienst höher zu bezahlen, sondern ihn abzuschaffen, weil er unbezahlbar würde.“ Dazu dürfe es nicht kommen.

Einen eigenen Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern gibt es seit 2006. Mit seiner Einführung gingen laut VKA-Feststellung deutliche Gehaltszuwächse einher. Beim letzten Tarifabschluss 2008 betrug demnach der Gehaltssprung

der Ärzte ebenfalls insgesamt rund 8 Prozent. In der jetzigen Tarifrunde müssten die Ärzte in das System der leistungsorientierten Bezahlung einbezogen werden. „Auch bei den Ärzten im Krankenhaus muss die Leistung bei der Bezahlung eine Rolle spielen. Für die VKA ist dies ein wichtiges Verhandlungsthema“, so Hoffmann.

### Unfinanzierbare Forderung

Der VKA-Verhandlungsführer für Krankenhäuser, Joachim Finklenburg, bezeichnete bereits Ende Dezember 2009 die Forderungen des Marburger Bundes als „unfinanzierbar“ für die Krankenhäuser. Der Marburger Bund fordere bereits zum dritten Mal in Folge überproportionale Gehaltssteigerungen, die von den Krankenhäusern nicht zu verkraften seien. Nach dem großen Gehaltssprung der Ärzte im Jahr 2006 und den Erhöhungen 2008 und 2009 um rund acht Prozent sei eine weitere derartige Gehaltssteigerung keinesfalls angemessen. Finklenburg weiter: „Auch der Gesundheitsbereich ist von der Wirtschaftskrise betroffen. Seit Jahren kämpfen die kommunalen Krankenhäuser zudem mit der engen Finanzausstattung. 2008 kamen auf die Krankenhäuser aller Träger insgesamt 3,4 Mrd. € Mehrkosten zu. Von den Krankenkassen wurden hiervon nur 1,7 Mrd. € refinanziert.“ Gehaltssteigerungen von fünf Prozent passten in dieser angespannten Situation nicht ins Bild, zumal die geforderte Erhöhung der Bereitschaftsdienstentgelte mit weiteren drei Prozent zu Buche schlagen würde.

Statt eines weiteren exorbitanten Gehaltssprungs für Ärzte wäre es für die kommunalen Krankenhausbearbeitgeber wesentlich wichtiger, die Ärzte in das System der leistungsorientierten Bezahlung einzubeziehen. Dagegen hatte sich der Marburger Bund in der letzten Tarifrunde gewehrt. „Keine Personalgruppe darf sich einer ziel- und ergebnisorientierten Steuerung entzie-



„Personalkostensteigerungen von 5 Prozent und deutliche Steigerungen der Bereitschaftsdienstentgelte in den Krankenhäusern können wir nicht schultern“, so der Hauptgeschäftsführer der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber, Manfred Hoffmann.

Foto: VKA