DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zum Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags

FAIR

Diskutieren, entscheiden, handeln.

Inhaltsübersicht

Allgemeine Bewertung 2

Detailbewertung einzelner Vorhaben 4

1) Krankenhausreform 4

2) Bürokratieabbau 12

3) Krankenhauspersonal/Gesundheitsberufe 17

4) Ambulantisierung 22

5) Psych-Versorgung 24

6) Notfallversorgung 25

7) Digitalisierung 27

8) Arzneimittelversorgung und Medizintechnik 30

9) Europa/Internationales 34

10) Klima/Umwelt 36

11) MD-Prüfungen 38

12) Investitionen 40

13) GKV-Finanzen 42

14) Krisenfeste Versorgung/Resilienz 43

15) Auswirkungen der Corona-Pandemie 44

Allgemeine Bewertung

Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Unsere medizinische Versorgung steht jedoch vor großen Herausforderungen. Deshalb unterstützt die DKG sämtliche Maßnahmen im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, die dazu beitragen, dass auch in Zukunft jeder Mensch in Deutschland eine gute und wohnortnahe medizinische Versorgung erhält.

Mit Blick auf die Krankenhausversorgung begrüßt die DKG ausdrücklich, dass der Koalitionsvertrag zahlreiche unserer Vorschläge zur Weiterentwicklung der Versorgung aufgreift. Positiv hervorzuheben sind insbesondere die bis zum Sommer 2025 geplanten Nachbesserungen an der von der Vorgängerregierung auf den Weg gebrachten **Krankenhausreform**. **Die vorgesehenen Maßnahmen zur Deckung der Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023 müssen zeitnah gesetzlich umgesetzt und – anders als bislang angedacht – dauerhaft als basiswirksame Erhöhung der Landesbasisfallwerte um mindestens 4 % ausgestaltet sein.**

Wie alle übrigen Wirtschaftsbereiche leiden auch unsere Krankenhäuser unter einer enormen und oft sinnfreien Bürokratielast. Deshalb ist es richtig, dass der Koalitionsvertrag an vielen Stellen Maßnahmen für einen umfassenden **Bürokratieabbau** vorsieht. Für die zukünftige Leistungsfähigkeit unserer Krankenhäuser ist es zwingend notwendig, dass diesen Ankündigungen zeitnah konkrete Taten folgen. Die DKG und ihre Mitgliedsverbände haben bereits einen entsprechenden Maßnahmenkatalog erarbeitet und stehen auch der neuen Bundesregierung zur Umsetzung entsprechender Initiativen jederzeit gerne zur Verfügung.

Unsere medizinische Versorgung steht und fällt mit den Menschen, die sie Tag für Tag gewissenhaft gestalten: den Fachkräften im Krankenhaus. Da der **Fachkräftemangel** in unseren Krankenhäusern schon heute deutlich spürbar ist und er sich in den kommenden Jahren ohne entsprechende Gegenmaßnahmen dramatisch ausweiten wird, begrüßen die Krankenhäuser, dass der Koalitionsvertrag diesem Thema breiten Platz einräumt. Positiv hervorzuheben sind insbesondere die geplante, kurzfristige Umsetzung der Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und zur Einführung der Advanced Practice Nurse sowie die Ankündigung, die Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen beschleunigen zu wollen. Allerdings bedauern die Krankenhäuser, dass der Koalitionsvertrag nicht explizit vorsieht, die von der Vorgängerregierung im SGB V verankerte **Personalbemessung** für den ärztlichen Dienst und weitere Gesundheitsberufe zurückzunehmen. Die neue Bundesregierung muss den in der Vergangenheit eingeschlagenen Weg über Personalbemessungsinstrumente immer kleinteiliger zu regulieren grundsätzlich überdenken. Neue Personalbemessungsinstrumente lehnen wir ab, bereits etablierte sind mit Blick auf den Nutzen für die Patientenversorgung kritisch zu hinterfragen.

Als wichtiges Signal bewertet die DKG, dass die neue Bundesregierung die Krankenhäuser ausdrücklich in den Adressatenkreis des Sondervermögens zur **Stärkung der Infrastruktur** einbezieht und auch die energetische Sanierung (Klimaschutz) und Digitalisierung von Krankenhäusern investiv fördern möchte. Auch im Bereich der Krisenresilienz für den Verteidigungsfall sind Krankenhäuser zwingend zu berücksichtigen.

Weitere Anmerkungen zu den oben genannten und weiteren Vorhaben des Koalitionsvertrages sind den folgenden Abschnitten zu entnehmen.

Detailbewertung einzelner Vorhaben

1) Krankenhausreform

Gesetzliche Anpassungen der Krankenhausreform bis zum Sommer 2025

„Wir entwickeln eine qualitative, bedarfsgerechte und praxistaugliche Krankenhauslandschaft aufbauend auf der Krankenhausreform der letzten Legislaturperiode fort und regeln dies gesetzlich bis zum Sommer 2025.“ (Z. 3440-3442)

Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Praxistauglichkeit sind auch für die Krankenhäuser zentrale Ziele für die anstehende Krankenhausplanung und werden daher ausdrücklich begrüßt. Über alledem muss die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung stehen. Praxistauglichkeit zeigt sich für die Krankenhäuser insbesondere dann, wenn bei der Planung neben starren gesetzlichen Vorgaben, mathematischen Rechenmodellen und fixen medizinischen Festlegungen der Blick auch auf etablierte Versorgungsstrukturen gerichtet werden kann, die sich nicht immer passgenau einfügen können und sich daher dem Risiko eines undifferenzierten Leistungsverbotes ausgesetzt sehen. Die derzeitigen Krankenhausstrukturen sind über viele Jahre gewachsen und waren hierbei wechselnden Rahmenbedingungen und vielfältigen Interessen ausgesetzt. Eine im Sinne der Patientenversorgung perfekte Versorgungsstruktur ist daher nicht zwangsläufig immer zu erreichen. Eine bestmögliche Patientenversorgung lässt sich jedoch auf unterschiedliche Weise erzielen.

Wenngleich mit der Krankenhausreform zu Recht das Ziel verbunden ist, die Krankenhausplanung neu zu denken, so muss bei der Umsetzung dennoch das richtige Maß und die notwendige Sensibilität für einen solchen Prozess gefunden werden. Ein undifferenzierter Strukturabbau durch die übereilte Anwendung starrer Bewertungskriterien ist zwingend zu vermeiden. Dies schützt nicht nur vor unwirtschaftlichen Systementscheidungen, sondern auch davor, seit Jahrzehnten engagiertes Krankenhauspersonal vor weitreichenden Fehlentscheidungen zu bewahren. Faktoren wie Demographie und Resilienz sind im Hinblick auf die Bedarfsnotwendigkeit darüber hinaus frühzeitig mitzudenken.

Grundsätzlich sollten die Krankenhäuser im Rahmen einer vertrauensvollen Zusammenarbeit die Erfüllung der Vorgaben zu den Leistungsgruppen bestätigen. Ein darüber hinausgehender Prüfauftrag des Medizinischen Dienstes zur Prüfung der Struktur- und Personalvorgaben zu den Leistungsgruppen muss der zuständigen Landesbehörde obliegen. Dies betrifft sowohl den Zeitpunkt, wie den Umfang und Inhalt der jeweiligen Prüfung zu den einzelnen Leistungsgruppen.

Es bedarf daher mindestens einer einfachen und praxistauglichen Ausnahmeregelung, die nicht selbst wieder mit zahlreichen anderen Vorschriften verbunden ist, um den Ländern bei der Planung kluge Entscheidungen angesichts besonderer Versorgungskonstellationen sowohl für den Erhalt als auch den Ab- bzw. Umbau von Strukturen zu ermöglichen. Hierdurch bleibt den Ländern die abschließende Entscheidungshoheit für die Krankenhausplanung erhalten und wird nicht auf den Medizinischen Dienst übertragen.

Eine die vielseitigen Problemkonstellationen lösende Ausnahmeregel im Gesetz könnte in Anlehnung an entsprechende Vorgaben für die Krankenhausplanung in NRW z. B. wie folgt lauten:

„Es ist notwendig, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Einzelfall Ausnahmen von der Anwendung der Mindestvoraussetzungen in einzelnen Leistungsgruppen oder den hiermit verbundenen gesetzlichen Grundlagen zulässt und einen Versorgungauftrag auch erteilen kann, wenn ansonsten die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist. Dies gilt auch, wenn der wirtschaftliche Betrieb eines bedarfsnotwendigen Krankenhausstandortes oder einer bedarfsnotwendigen Krankenhausabteilung durch die Anwendung der neuen Krankenhausplanung gefährdet wäre."

Ausnahmen und erweiterte Kooperationen zur Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung

„Wir ermöglichen den Ländern zur Sicherstellung der Grund- (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe) und Notfallversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen." (Z. 3442-3444)

Ausnahmen und erweiterte Kooperationen im Sinne der Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung sind, insbesondere im ländlichen Raum, eine wichtige Voraussetzung für eine flächendeckende Krankenhausplanung auf Basis von Leistungsgruppen. Den Ländern müssen entsprechende Gestaltungsspielräume zugewiesen werden, um der Sicherstellung der Versorgung gerecht werden zu können.

Überarbeitung der Definition von Fachkrankenhäusern

„Die Definition der Fachkrankenhäuser überarbeiten wir mit dem Ziel, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können." (Z. 3447-3448)

Fachkrankenhäuser sind Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheits- oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten. Aufgrund widersprüchlicher Regelungen im

KHVVG ergeben sich u. a. abweichende Interpretationsmöglichkeiten darüber, zu welchen verwandten LG Fachkrankenhäuser Kooperationen eingehen können. Auch umfassende Gruppierungsprobleme, u. a. im Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin und der Chirurgie, setzen Fachkrankenhäuser allein aus formalen Gründen dem Risiko des Leistungsverbotes aus. Fachkrankenhäuser, deren besonderes Leistungsspektrum nicht einer spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet werden kann (z. B. Multimodale Schmerztherapie), weil es in den 61 Leistungsgruppen nicht vorgesehen ist, und deren Fälle der Grouperlogik zufolge dann beispielsweise nur der LG Allgemeine Innere Medizin zugeordnet werden, erfüllen zudem nicht mehr die Anforderungen an eine Fachklinik. Die LG Allgemeine Innere Medizin (bzw. das Krankenhaus mit der LG) darf nicht dem Level F zugeordnet werden. Insofern bedarf es sowohl der Überarbeitung der Definition der Fachkrankenhäuser in § 135d SGB V als auch der Regelungen in § 135e SGB V und in der Anlage 1. Darüber hinaus werden auch hier die einfache Ausnahmeregel und erweiterte Kooperationsmöglichkeiten benötigt, um den vielfältigen, bisweilen überraschenden Problemkonstellationen einfach und pragmatisch begegnen zu können. Kooperationsmöglichkeiten sollten im Übrigen auch für die sachliche Ausstattung erweitert werden, sofern sie die Versorgung für die Patienten nicht verschlechtern.

Grundsätzlich sollten die Länder einen gemeinsamen Vorschlag zur Definition von Fachkrankenhäusern vorbereiten, den der Bund in seiner Gesetzgebung berücksichtigt.

Anpassungen im System der belegärztlichen Versorgung

„Das System der belegärztlichen Versorgung erhalten und verbessern wir ohne Einbußen in der Qualität der Leistungserbringung.“ (Z. 3448-3450)

Die Krankenhäuser begrüßen diese Zielsetzung. Auch die Regelungen zum Belegarztwesen im KHVVG weisen Unstimmigkeiten auf, die einer gesetzlichen Anpassung bedürfen. Wenngleich zu Recht einige Anforderungen an Belegabteilungen den Regelungen in Hauptabteilungen entsprechen müssen, so sind andere Vorgaben allein aufgrund rechtlicher Probleme nicht eins zu eins übertragbar. Kleine Änderungen wurden bereits im Leistungsgruppen-Ausschuss als kurzfristiger Änderungsbedarf konsentiert. Das Leistungsspektrum von Belegabteilungen kann stark variieren. Die Versorgung kann in ländlichen Bereichen durch ein spezialisiertes, wenngleich auch teilweise reduziertes Leistungsangebot sichergestellt werden. Um dies auch weiterhin gewährleisten zu können, bedarf es klarer und praxistauglicher Regelungen.

Zuweisung der Leistungsgruppen

„Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt zum 01.01.2027 auf Basis der 60 NRW-Leistungsgruppen zuzüglich der speziellen Traumatologie. Der InEK-Grouper zu diesen Leistungsgruppen wird zur Abrechnung verwendet und die Leistungsgruppen bleiben bis zur Evaluation erhalten.“ (Z. 3450-3453)

Der Beginn mit den Leistungsgruppen aus NRW zum 01.01.2027 ist sinnvoll, die Erweiterung um die spezielle Traumatologie wäre jedoch verzichtbar. Wichtig ist hier Planungssicherheit für die Krankenhäuser und nicht ständig wechselnde Leistungsgruppen und damit verbundene Qualitätsanforderungen und Rahmenbedingungen. Deshalb begrüßen die Krankenhäuser, dass die Leistungsgruppen und deren Strukturvoraussetzungen auf Basis der noch zu verabschiedenden Rechtsverordnung bis zu ihrer erstmaligen Evaluation zum 31.12.2028 erhalten bleiben sollen.

Die Vorhaltevergütung in der jetzt vorgesehen Form lehnen wir ab, sie muss durch ein neues Konzept ersetzt werden, das die politisch gesetzten Ziele tatsächlich erreichen kann. Bis dahin sollte keine Verknüpfung der Krankenhausplanung mit der Abrechnung von Krankenhausleistungen erfolgen. Aus diesem Grund ist auch die im InEK Grouper vorgesehene eindeutige Fallzuordnung obsolet. Der Grouper sollte überarbeitet und ausschließlich zum Zweck der Krankenhausplanung durch die Länder genutzt werden.

Anpassungen der Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/ oder Qualitätsvorgaben

„Dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, werden die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben verändert. Dies gilt in gleicher Weise für die Anrechenbarkeit der Ärztinnen und Ärzte pro Leistungsgruppe.“ (Z. 3454-3456)

Die Anpassungen sollten zeitnah durch die zustimmungspflichtige Rechtsverordnung erfolgen. Weitere Änderungen sollten bis zur Evaluierung nur in sehr dringenden Fällen vorgenommen werden. Die Komplexität des neuen LG-Systems und die mit der Anwendung einhergehende gewaltige Bürokratie dürfen nicht unterschätzt werden. Immerhin sind hier parallel zahlreiche Regelwerke wie die Krankenhausplanung, die Abrechnung, die Qualitätssicherung, das MD-Prüfverfahren und die LG-Zuordnung gleichzeitig betroffen. Gerade zu Beginn der Einführung eines neuen, lernenden Systems bedarf es ausreichender Zeit für die Anwender (Länder und Krankenhäuser), um dieses System mit seinen vielfältigen Instrumenten und Wechselwirkungen kennen- und angemessen anwenden zu lernen. Gut gemeinte kleine Änderungen sorgen nur für Unruhe und Demotivation und bergen das Risiko für neue Fehlentwicklungen.

Die im zweiten Satz erwähnte Anrechenbarkeit der Ärztinnen und Ärzte pro Leistungsgruppe ist gleichermaßen ein sehr bedeutsames Thema, da hier maßgeblich von Regelungen in NRW abgewichen wird, deren Folgen intransparent, mit Sicherheit aber weitreichend sind.

Gemäß § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 7c SGB V gilt, dass

„Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie“.

Demnach können Fachärztinnen und Fachärzte (FÄ) mit ihrer Qualifikation auf die fachärztlichen Vorgaben in bis zu drei verschiedenen Leistungsgruppen voll angerechnet werden, wenn einem Standort mehrere Leistungsgruppen zugewiesen werden. Durch die o. g. Regelung wird die Anrechnung von FÄ künstlich auf drei LG beschränkt, ohne dass es hierfür eine wissenschaftliche Begründung gibt. Damit führt das Gesetz durch erhöhten Personalbedarf zu einer erheblichen Verschärfung der fachärztlichen Anforderungen. Soll neben drei LG aus einem medizinisch verwandten Leistungsbereich eine weitere LG erbracht werden, bedarf es bei drei bereits angerechneten FÄ für die drei LG zusätzlichen fachärztlichen Personals. Beispielsweise müsste das Krankenhaus für den Leistungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie mit seinen zugehörigen vier endoprothetischen Leistungsgruppen Endoprothetik Hüfte, Endoprothetik Knie, Revision Hüftendoprothese und Revision Knieendoprothese und ggf. der weiteren LG Wirbelsäulenchirurgie mindesten fünf, statt der drei in Anlage 1 zu § 135e SGB V jeweils geforderten FÄ vorhalten. Durch die weitere Sonderregel für die LG Allgemeine Innere Medizin und die Allgemeine Chirurgie (Ärzte, die dort angerechnet werden, dürfen nicht für weitere LG angerechnet werden) dürfen die zuvor genannten fünf FÄ nicht einmal gleichzeitig für die Allgemeine Chirurgie anerkannt werden. Vielmehr werden weitere drei FÄ für die Anrechnung in der LG Allgemeine Chirurgie benötigt, womit eine Mindestanzahl von acht FÄ vorzuhalten wäre. Dies gilt, obwohl sie als Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie geradezu bestens auch für die LG Allgemeine Chirurgie qualifiziert sind.

Solche oder ähnliche Effekte werden sich gleichermaßen für andere Leistungsbereiche zeigen, so beispielsweise auch für die der Inneren Medizin nahe stehenden Leistungsgruppen, wie die LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, Komplexe Gastroenterologie, Komplexe Nephrologie, Komplexe Pneumologie und die Komplexe Rheumatologie. Auch hier ist davon auszugehen, dass parallel Fälle der LG Allgemeine Innere Medizin zuzuordnen sind. Auch für die LG Allgemeine Innere Medizin sind drei Fachärzte vorzuhalten, die keiner weiteren LG zugerechnet werden dürfen. Bei einer weiteren LG (z. B. die Komplexe Endokrinologie und Diabetologie) muss das Krankenhaus weitere drei FÄ vorhalten, also insgesamt sechs FÄ für zwei LG. Sind es nur fünf FÄ, bleibt es bei einer LG. Auch die Kardiologie mit ihren vier Leistungsgruppen, die Viszeralchirurgie sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind von diesen oder vergleichbaren Folgen betroffen.

Die in NRW zu den einzelnen LG jeweils vorgegebene Anzahl mindestens vorzuhaltender FÄ ist Ergebnis eines breiten Konsenses und der Annahme, mit diesen FÄ grundsätzlich eine 24/7-Rufbereitschaft für die jeweilige Leistungsgruppe sicherzustellen. Der Konsens sollte nicht durch fragwürdige Regelungen wie in § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 7c SGB V aufgekündigt werden,

deren Folgen für die einzelnen Krankenhäuser und den bundesweiten Facharztbedarf nicht einzuschätzen sind. In § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 7 c) 1. Halbsatz SGB V sind daher die Worte „bis zu drei“ durch die Worte „mehrere“ zu ersetzen. In § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 7 c) SGB V ist der zweite Halbsatz ersatzlos zu streichen.

Festlegung des Vollzeitäquivalents

„Als Vollzeitäquivalent gelten 38,5 Stunden.“ (Z. 3456-3457)

Die Regelung schafft Klarheit zu den Vollzeitäquivalenten und berücksichtigt die überwiegende Mehrheit tarifvertraglicher Regelungen.

Sofort-Transformationskosten/Inflationsausgleich

„Die Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023 sowie den bisher für die GKV vorgesehenen Anteil für den Transformationsfonds für Krankenhäuser finanzieren wir aus dem Sondervermögen Infrastruktur.“ (Z. 3444-3446)

Die Krankenhäuser begrüßen, dass der bisher für die GKV vorgesehene Anteil zur Ausstattung des Transformationsfonds aus dem Sondervermögen Infrastruktur finanziert werden soll. Freiwerdende GKV-Mittel sollten zweckmäßig für die Beseitigung der Unterfinanzierung der Betriebskosten genutzt werden. Da die GKV nicht mehr Ko-Finanzierer der Transformationsvorhaben ist, sollte die bislang vorgesehene Vorgabe, dass die zuständigen Landesbehörden Einvernehmen mit den Krankenkassen über die Förderanträge herstellen müssen, ersatzlos gestrichen werden. Eine Beteiligung der Krankenhausträger an der Kofinanzierung ist nicht sachgerecht und daher auszuschließen.

Zu begrüßen ist auch, dass finanzielle Soforthilfen für die Krankenhäuser für die Jahre 2022 und 2023 vorgesehen sind. Hiermit wird nach unserem Verständnis auf die zwingende Notwendigkeit eines Inflationsausgleiches eingegangen. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass eine Finanzierung von Betriebskosten über dieses Sondervermögen auch tatsächlich erfolgen kann. Die Bereitstellung dieser Finanzhilfen als „Sofort-Transformationskosten“ aus dem „Sondervermögen Infrastruktur“ muss rechtssicher erfolgen und darf keinesfalls mit einer Zweckbindung an strukturelle Transformationskosten verknüpft werden. **Der Inflationsausgleich muss die Landesbasisfallwerte um mindestens 4 % erhöhen, dauerhaft erfolgen und darf nicht auf einmalige Finanzierungshilfen begrenzt sein, da auch das Kostenniveau dauerhaft gestiegen ist. Zudem müssen dabei neben den somatischen auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen berücksichtigt werden.**

Zwischenfristen zur Umsetzung der Krankenhausreform

„Die bis zum 01.01.2027 geltenden Zwischenfristen zur Umsetzung der Krankenhausreform werden angepasst.“ (Z. 3453-3454)

Eine Vielzahl der mit dem KHVVG eingeführten „Zwischenfristen“ sind unrealistisch. Insofern ist zu begrüßen, dass der hier bestehende Anpassungsbedarf Eingang in den Koalitionsvertrag gefunden hat. An der Frist der Länder für die Umstellung der Krankenhausplanung wird jedoch festgehalten. Aber auch diese Frist ist nach wie vor sehr ambitioniert und nur erreichbar, wenn Elemente wie z. B. die Mindestvorhaltezahlen, die Onkochirurgie-Verbotsliste und die Vorhaltepauschalen mit sofortiger Wirkung zurückgestellt werden.

Verlängerung der Konvergenzphase

„Die Konvergenzphase wird von zwei auf drei Jahre verlängert. Das Jahr 2027 wird dabei für alle Krankenhäuser erlösneutral ausgestaltet, um die neuen Vergütungsregeln und die Wirkung der Vorhaltefinanzierung transparent aufzuzeigen und gegebenenfalls nachzujustieren. Anschließend führen wir die Vorhaltevergütung in zwei Schritten ein.“ (Z. 3457-3460)

Ein zusätzliches erlösneutrales Jahr 2027 und die Schaffung von Transparenz über die Wirkung der Vorhaltepauschalen sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings werden bereits im Jahr 2025 mit der Ausgliederung der Vorhaltepauschalen aus dem DRG-System und dem Konzept des InEK zur Berechnung der Landesvorhaltevolumina und der Anteile der Standorte grundlegende Fakten geschaffen. Diese Art einer Vorhaltevergütung ist bereits im Ansatz vollkommen ungeeignet, um die Ziele der Strukturreform zu unterstützen. Der Anreiz für Fallzahlsteigerungen wird damit nicht beseitigt, sondern lediglich verlagert. Gleichzeitig wird eine sinnvolle Zentralisierung von Leistungen behindert. Der für die Versorgung erforderliche, strukturelle Aufwand der Krankenhäuser wird durch diese Vorhaltepauschalen nicht finanziert. Dieser Fehlstart kann auch durch Nachjustierungen von Details nicht mehr korrigiert werden. Auch beginnen die Krankenhäuser bereits jetzt, auf die neuen Fehlanreize zu reagieren. Wir sprechen uns daher weiterhin und nachdrücklich dafür aus, die Vorschriften zu dieser Form einer Vorhaltevergütung mit sofortiger Wirkung auszusetzen.

Übergangsregelung für Länder mit bereits zugewiesenen Leistungsgruppen

„In den Bundesländern, die bis zum 31.12.2024 die Leistungsgruppen zugewiesen haben, bleiben diese rechtswirksam und werden als Basis für die Vergütung ab 2026 genutzt. Diese Übergangsregelung gilt längstens bis zum 31.12.2030 und führt zu keiner Schlechterstellung.“ (Z. 3461-3463)

Es ist nachvollziehbar und zu begrüßen, dass die Bundesländer, die ihre Krankenhausplanung erst kürzlich auf Grundlage der NRW-Leistungsgruppen umgestellt haben, nicht bereits während der Umstellungsphase auf ein neues System umstellen müssen. Aufgrund der unterschiedlichen Fallzuordnung der NRW-Leistungsgruppen und der Leistungsgruppen aus Anlage 1 KHVVG müssen diese Länder aber auch von den mit der Definition der Leistungsgruppen verknüpften bundeseinheitlichen Strukturanforderungen sowie den Mindestvorhaltezahlen, der Onkochirurgie-Verbotsliste und Vorhaltepauschalen, die eine einheitliche Fallzuordnung voraussetzen, befreit werden. Hier zeigt sich erneut, dass die enge Verknüpfung von Krankenhausplanung mit einer (falsch angelegten) Vorhaltevergütung höchst problematisch ist. Auch vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, zunächst die Umstellung der Krankenhausplanung auf Leistungsgruppen politisch verträglich für alle Länder umzusetzen und die bundeseinheitlichen Vorhaltepauschalen, die Onkochirurgie-Verbotsliste und die Mindestvorhaltezahlen mit sofortiger Wirkung auszusetzen.

Universitätsmedizin, Vorhaltefinanzierung, Transformationsfonds

„Die Vorhaltepauschalen für die Universitätsmedizin sollen sich an den realen Kosten orientieren. Die Universitätsmedizin soll beim Transformationsfonds angemessen berücksichtigt werden.“ (Z. 2482-2484)

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass sich die Vorhaltepauschalen an den realen Kosten orientieren sollen. Dies ist auch einer der Gründe weshalb das bisher vorgesehene Instrument abgelehnt wird. Ein neues, an den realen Vorhaltekosten orientiertes Konzept muss selbstverständlich einheitlich für alle Kliniken gleichermaßen gelten und nicht ausschließlich für Universitätsklinika. Insofern sollte sich das neu zu erarbeitende Konzept zur Implementierung einer Vorhaltevergütung für alle Krankenhäuser an den Kosten für tatsächliche Vorhaltungen orientieren, damit eine echte Verbesserung im Sinne einer stabileren Finanzierung der Krankenhäuser insbesondere im ländlichen Bereich erzielt wird. Die Beteiligung der Universitätsklinika am Transformationsfonds begrüßen wir.

2) Bürokratieabbau

Von der Misstrauens- hin zur Vertrauenskultur

„Wir verringern Dokumentationspflichten und Kontrolldichten durch ein Bürokratieentlastungsgesetz im Gesundheitswesen massiv, etablieren eine Vertrauenskultur und stärken die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen, statt sie mit Bürokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen.“ (Z. 3493-3496)

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass dem Bürokratieabbau im Gesundheitswesen im Koalitionsvertrag eine große Bedeutung zugemessen wird. Insbesondere die im Koalitionsvertrag angekündigte Etablierung einer Vertrauenskultur sowie die Stärkung von Eigenständigkeit und Eigenverantwortung sind die entscheidenden Hebel, um eine spürbare Entbürokratisierung zu erreichen. Die bestehende Misstrauenskultur, die in überbordender Bürokratie mündet, führt zu einem ineffizienten und teuren Gesundheitssystem.

Aktuell dokumentieren Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte im Durchschnitt drei Stunden pro Tag. Eine Senkung der Dokumentations- und Nachweispflichten um nur eine Stunde würde rein rechnerisch 22.097 (VK) Ärztinnen und Ärzte und 48.938 (VK) Pflegekräfte für die Versorgung freisetzen. Dies führt zu mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung, einer höheren Arbeitszufriedenheit und einem effizienten Personaleinsatz. Der Fachkräftemangel wird in Zukunft der limitierende Faktor der Versorgung sein. Daher müssen Effizienzpotentiale dringend genutzt werden, um auch in Zukunft eine flächendeckende Versorgung sicherstellen zu können. Schon heute führt der Fachkräftemangel in Kombination mit starren Personalvorgaben und ausufernder Bürokratie zu gravierenden Versorgungseinschränkungen (u. a. Absagen elektiver Eingriffe, Bettensperrungen, Abteilungsschließungen).

Umfassende Deregulierung und Bürokratierückbau

„Alle Gesetze in diesem Bereich werden wir einem Praxis-Check unterziehen. Wir überprüfen Datenschutzvorschriften und alle Berichts- und Dokumentationspflichten insbesondere im SGB XI auf ihre zwingende Notwendigkeit. Berichts- und Dokumentationspflichten, die aufgrund der Coronapandemie eingeführt wurden, schaffen wir ab, ohne die Vorsorge für zukünftige Pandemien zu gefährden. Wir wollen eine KI-unterstützte Behandlungs- und Pflegedokumentation ermöglichen und streben ein konsequent vereinfachtes und digitales Berichtswesen an.“ (Z. 3496-3502)

Die im Koalitionsvertrag genannte Überprüfung aller Berichts- und Dokumentationspflichten muss zwingend auch für den hochreglementierten Bereich des SGB V umgesetzt werden. Die angekündigte Abschaffung von Corona-Berichts- und Dokumentationsverpflichtungen wird ausdrücklich begrüßt und sollte unter anderem auch den von der Vorgängerregierung auf den Weg gebrachten Klinikatlas umfassen. Eine Krankenhauskapazitätssurveillance als Vorsorge

für zukünftige Pandemien kann bürokratiearm über Routinedaten implementiert werden. Die DKG hat bereits im Jahr 2021 ein entsprechendes Konzept erarbeitet, das wir auch der neuen Bundesregierung gerne zur Verfügung stellen können. Ebenfalls begrüßt wird das Bestreben nach einem vereinfachten und digitalen Berichtswesen sowie der KI-unterstützten Behandlungs- und Pflegedokumentation. Bei Letzterer ist die Refinanzierung der Maßnahmen sicherzustellen.

Die Krankenhausreform bietet bei allen Herausforderungen, die sie für die Krankenhäuser mit sich bringt, auch die Chance, bestehende Regelungen grundlegend zu überprüfen. Insbesondere das Nebeneinander von Personalvorgaben durch Verordnungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), OPS-Codes und Leistungsgruppenanforderungen mit jeweils unterschiedlichen Vorgaben, Bezugszeiträumen und Prüfintervallen ist in der Praxis nicht mehr zu bewältigen und somit zwingend zu reduzieren und zu harmonisieren. Auch vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser die Einführung von Praxis-Checks; deren Beitrag zur Entbürokratisierung wird aber maßgeblich von der tatsächlichen Ausgestaltung und der daraus resultierenden Verbindlichkeit zur Veränderung bestehender Gesetzesvorgaben abhängen.

Den Entbürokratisierungsankündigungen im Gesundheitswesen müssen schnell Taten folgen. Die Krankenhäuser haben bereits im vergangenen Jahr systemische, aber auch konkrete Entbürokratisierungsvorschläge erarbeitet.

In einem ersten Gesetzgebungsverfahren sind insbesondere die folgenden Maßnahmen zügig umzusetzen:

Aussetzen der erweiterten Datenlieferung nach § 21 Abs. 7 KHEntgG: Die aktuelle Ausgestaltung der Datenanforderung zur Erfassung der ärztlichen Arbeitszeit je Leistungsgruppe verlangt eine hochdetaillierte, minutengenaue Erfassung ärztlicher Tätigkeiten. Diese Daten liegen in den Krankenhäusern nicht regelhaft vor und können nicht automatisiert aus bestehenden IT-Systemen entnommen werden. Die Folge ist ein enormer personeller und technischer Zusatzaufwand ohne tragfähiges Ziel. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Leistungsgruppen zugeordnet bekommen haben und damit aktuell eine objektive Unmöglichkeit der Datenlieferung besteht. Durch ein Abschaffen der Lieferpflicht wird dieser unverhältnismäßige Mehraufwand vermieden. Falls eine Abschaffung der Datenlieferpflicht nicht umsetzbar ist, so ist zumindest der Leistungsgruppenbezug zu streichen und das Datenlieferungsintervall auf einmal jährlich zu reduzieren.

Moratorium zu den G-BA-Richtlinien und dem zugehörigem Prüfregime: Durch die derzeitige parallele Durchführung und fehlende Abstimmung zwischen MD-QK-RL, StrOPS-RL und G-BA-

basierten Prüfungen entstehen erhebliche Redundanzen, unnötiger Verwaltungsaufwand sowie widersprüchliche Bewertungen. Krankenhäuser sind mit mehrfachen Nachweispflichten konfrontiert, obwohl die Prüfgegenstände inhaltlich oftmals identisch sind. Zudem ist mit dem Übergang zur LOPS-Richtlinie, welche die Struktur- und Leistungsgruppenprüfungen miteinander verzahnen soll, eine neue Chance entstanden, unnötige Redundanzen zu beheben. Diese Chance muss unbedingt genutzt werden.

Streichung der neuen Personalbemessungsinstrumente für den ärztlichen Bereich und für weitere Gesundheitsberufe: Die im Rahmen von § 137m und § 137n SGB V vorgesehenen neuen Instrumente zur Personalbemessung für den ärztlichen Bereich und für weitere Gesundheitsberufe schaffen zusätzliche bürokratische Komplexität und stellen die Kliniken vor erhebliche Umsetzungsprobleme. Die Personalsituation in den betreffenden Berufsgruppen ist bereits heute angespannt. Neue starre Vorgaben ohne gesicherten Versorgungsnutzen für die Patientinnen und Patienten verschärfen Kapazitätsengpässe, gefährden die Versorgungssicherheit und verhindern innovative Versorgungsangebote. Zudem passen Personalbemessungsinstrumente nicht zur Arbeitsweise der weiteren Gesundheitsberufe, die z. T. ohne Schichtsystem und vollständig stationsübergreifend arbeiten. Weitere Personalbemessungsinstrumente sind das Gegenteil von Vertrauenskultur, Eigenständigkeit und Eigenverantwortung, wie es im Koalitionsvertrag vereinbart wurde. Die Einführung dieser Instrumente führt zu einem erheblichen Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand und verteuert das Gesundheitswesen weiter – ohne belegbaren Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten. Bei der ärztlichen Personalbemessung zeigt sich bereits, dass der ursprünglich bürokratiearme, pragmatische Ansatz deutlich detaillierter und mit mehr Datenlieferungspflichten versehen wird. Auf die Umsetzung der §§ 137m und 137n SGB V sollte daher verzichtet, die entsprechenden Regelungen sollten ersatzlos gestrichen werden.

Verringerung der Bürokratielast bei der Pflegepersonalbedarfsbemessung: Im Rahmen der Einführung der Pflegepersonalbedarfsbemessung gibt es einige Maßnahmen, die im Ergebnis überflüssige Bürokratiepflichten stoppen können. Insbesondere kann die Umstellung der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) auf einen Ganzhausansatz die bislang notwendige und kleinteilige Erfassung auf Stationsebene beenden und die Voraussetzungen für einen flexiblen, bedarfsnotwendigen Personaleinsatz schaffen, anstatt Pflegekräfte an starre Berechnungseinheiten zu binden. Eine Reduktion der Meldeverpflichtungen auf eine Jahresmeldung verringert den aktuell enormen Aufwand der monatlichen und quartalsweisen Datenübermittlungen. Dies führt zu einer erheblichen Entlastung sowohl für das Pflege- als auch das Verwaltungs- und IT-Personal in den Krankenhäusern. Alle darüber hinausgehenden Vorgaben, wie zum Beispiel die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), sind zu streichen.

Streichung der sanktionsbewährten Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal für Psych-Einrichtungen: Für die Weiterentwicklung der PPuG für die Somatik sind die Krankenhäuser gemäß § 21 Absatz 2 Ziffer 1e KHEntgG verpflichtet, die Anzahl des „am Bett" beschäftigten Pflegepersonals differenziert nach Berufsbezeichnungen zu erfassen und an das InEK zu übermitteln, wobei nicht erfolgte oder unvollständige Datenübermittlungen zu Sanktionen führen. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 wurde die Verpflichtung zur Lieferung dieser Daten durch eine „marginale" Änderung („und e") in § 17d Absatz 9 KHG auf die Psych-Einrichtungen ausgeweitet. Diese Informationen liegen in den Psych-Einrichtungen, die ja nicht von der PPuG betroffen sind, jedoch in der erforderlichen Tiefe und Struktur nicht vor, sondern müssen aufwändig ermittelt werden, ohne dass ein Sinn erkennbar ist. Insbesondere die geforderte Abgrenzung der „Pflege am Bett" ist für die Psych-Einrichtungen sinnfrei.

Vereinfachung der NUB-Verfahren durch Schaffung eines Musterverfahrens für die Beantragung der NUB-Entgelte und Reduktion der Anträge auf Interessenbekundungen der Krankenhäuser: Wenn ein Krankenhaus eine neue Leistung anbieten möchte, die noch nicht im regulären Vergütungssystem erfasst ist, muss jedes Krankenhaus individuell dafür jedes Jahr einen Antrag stellen. Dies erfolgt so lange, bis die Behandlung offiziell ins System aufgenommen wird. Im Ergebnis führte dies im Jahr 2022 zu 84.000 Einzelanträgen für 868 Verfahren, im Jahr 2023 zu ca. 103.000 Einzelanträgen in 936 Verfahren, im Jahr 2024 ca. 120.000 Einzelanträgen in 982 Verfahren und im Jahr 2025 ca. 131.000 Einzelanträgen in 1025 Verfahren. Durch die Etablierung einer einmaligen Genehmigung in einer Art Musterverfahren und die Reduktion der Anträge auf Interessensbekundungen der Krankenhäuser kann die Antragsflut wirksam eingedämmt werden.

Abschaffung des Psych-Krankenhausvergleichs: Die Budgetfindung wird seit dem Jahr 2020 nicht durch das PEPP-System, sondern durch die Personalmindestforderungen des G-BA bestimmt. Da der Krankenhausvergleich nach § 4 BPflV in dieser Systematik keinen Sinn mehr ergibt, wird er in der Praxis nicht angewendet. Der Aufwand der Krankenhäuser für die Aufbereitung der Daten und deren Übermittlung an das InEK sowie der Aufwand des InEK für die Aufbereitung und Bereitstellung der Auswertungen sind nicht mehr zu rechtfertigen.

Sofortprogramm für den Bürokratierückbau

„Im Rahmen eines nationalen „Sofortprogramms für den Bürokratierückbau" werden wir bis Ende des Jahres 2025, insbesondere mit Blick auf kleine und mittlere Unternehmen, Verpflichtungen zur Bestellung von Betriebsbeauftragten abschaffen und den Schulungs-, Weiterbildungs- und Dokumentationsaufwand signifikant reduzieren." (Z. 1905-1908)

„Wir werden die Bürokratiekosten für die Wirtschaft um 25 Prozent (rund 16 Milliarden Euro) reduzieren und den Erfüllungsaufwand für Unternehmen, Bürgerinnen und Bürger sowie

Verwaltung um mindestens zehn Milliarden Euro senken. Jedes Ressort trägt in eigener Verantwortung zu diesen Zielen unter anderem mindestens entsprechend seinem jeweiligen Verursachungsbeitrag bei und priorisiert nach Entlastungswirkung. Die Abbaumaßnahmen einzelner Ressorts werden wir in mindestens einem Bürokratierückbaugesetz pro Jahr bündeln. Die Umsetzung machen wir jährlich ressortscharf transparent." (Z. 1943-1949)

Die im Rahmen des Sofortprogramms angekündigten ersten konkreten Maßnahmen sowie die avisierte Gesamtabsenkung der Bürokratie für die Wirtschaft um 25 % werden von den Krankenhäusern vollumgänglich unterstützt. Die formulierte Ressortverantwortung erhöht zusätzlich den Druck, dass auch im Gesundheitswesen eine spürbare Entbürokratisierung erfolgen muss. An dieser Stelle sei nochmals auf die zuvor aufgeführten Vorschläge der Krankenhäuser zum Bürokratieabbau verwiesen.

3) Krankenhauspersonal/Gesundheitsberufe

Pflegereform

„Kurzfristig bringen wir Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und zur Einführung der ‚Advanced Practice Nurse' auf den Weg und sichern den sogenannten ‚kleinen Versorgungsvertrag' rechtlich ab." (Z. 3488-3490)

Die Krankenhäuser begrüßen die geplante kurzfristige Umsetzung der Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegefachassistenz und zur Einführung der Advanced Practice Nurse. Dabei muss streng darauf geachtet werden, dass die etablierten Prozesse nicht gefährdet werden und kein zusätzlicher Dokumentations- und Bürokratieaufbau entsteht. Die Kompetenzerweiterung und damit vor allem die Möglichkeit der Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen des Pflegekompetenzgesetzes wird ausdrücklich befürwortet. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sind Maßnahmen gefragt, die dazu führen, dass pflegerische Kompetenzen im Behandlungsprozess optimal eingesetzt werden können und die Attraktivität des Pflegeberufs zusätzlich gesteigert werden kann. Es ist allerdings erforderlich, dass die Rahmenbedingungen für die erweiterten pflegerischen Qualifikationen ein sektorenübergreifendes und einheitliches Handlungsfeld aufweisen. Die Krankenhäuser begrüßen ebenso das Vorhaben, die Pflegeassistenzausbildung durch ein bundeseinheitliches Berufsgesetz zu regeln und damit eine bundeseinheitliche Harmonisierung der Pflegeassistenzausbildung zu erwirken. Die Einführung kann eine effiziente Aufgabenverteilung in der Krankenhausversorgung unterstützen sowie eine Entlastung der Pflegefachpersonen erzielen. Allerdings ist eine klare Abgrenzung zum Pflegeberufegesetz und den Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen zu definieren. Zudem muss ein niedrigschwelliger Zugang zur neuen Pflegeassistenzausbildung gewährleistet werden. Die Krankenhäuser befürworten daher eine 12-monatige Dauer der Pflegeassistenzausbildung. Die Etablierung von „Advanced Practice Nurses" als neues Berufsbild bewerten die Krankenhäuser ebenfalls positiv. Die Einführung trägt zu einer ganzheitlicheren Patientenversorgung bei, was die Versorgungsqualität optimieren kann. Nach einer erfolgreichen Modellphase bedarf es einer zügigen Etablierung, Anerkennung und gesetzlichen Verankerung.

Eigenständige Heilkundeausübung und Personalbemessung

„Wir ermöglichen den kompetenzorientierten Fachpersonaleinsatz und die eigenständige Heilkundeausübung. Dazu gehört eine geeignete Personalbemessung im Krankenhaus und in der Pflege." (Z. 3591-3593)

Die Krankenhäuser begrüßen den avisierten kompetenzorientierten Fachpersonaleinsatz und die eigenständige Heilkundeausübung, die neben der Pflege auch für die weiteren Berufsbilder im Krankenhaus entsprechend ihrer Profession etabliert werden soll. Dies

steigert die Arbeitsplatzattraktivität und Mitarbeiterzufriedenheit, stärkt die interprofessionelle Zusammenarbeit und führt zu einem effizienten Personaleinsatz. Voraussetzung hierfür sind klare Rahmenbedingungen, die neben den haftungs- und arbeitsrechtlichen Fragen z. B. auch Qualifikationsanforderungen eindeutig regeln.

Im Koalitionsvertrag wird für die Krankenhäuser eine geeignete Personalbemessung adressiert. Dies ist mit der PPR 2.0 gegeben, deren Einführung die DKG befürwortet und gemeinsam mit dem DPR und ver.di vorangetrieben hat. Die Krankenhäuser bekennen sich weiterhin dazu, allerdings bedarf es vor dem Hintergrund der hohen Bürokratiebelastung entlastender Weichenstellungen in der praktischen Umsetzung [konkrete Maßnahmen siehe auch Kapitel 2, Verringerung der Bürokratielast bei der Pflegepersonalbemessung]. Weitere Personalbemessungsinstrumente für andere Berufsgruppen lehnen die Krankenhäuser grundsätzlich ab. Sie führen zu zusätzlicher bürokratischer Komplexität und stehen einem flexiblen, effizienten und versorgungsorientierten Personaleinsatz entgegen. Innovativen Versorgungskonzepten wird damit endgültig der Riegel vorgeschoben. Die diesbezüglich bereits im SGB V verankerten Maßnahmen für den ärztlichen Dienst (§ 137m SGB V) und für die anderen Gesundheitsberufe (§ 137n SGB V) sind ersatzlos zu streichen.

Stärkung der Eigenverantwortung in der Pflege

„Wir stärken die Eigenverantwortung in der Pflege und werten deren Selbstverwaltung auf, etwa durch einen festen Sitz mit einem Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).“ (Z. 3593-3595)

Der Koalitionsvertrag plant eine Aufwertung der Pflege im G-BA. In der praktischen Ausgestaltung ist zu berücksichtigten, dass die stärkere Einbindung auf Regelungsinhalte zu beziehen ist, die konkret Leistungen der Pflege adressieren.

Leiharbeit

„Wir erwirken geeignete Maßnahmen zur Reduktion der Unterschiede zwischen Leiharbeitnehmern und der Stammbelegschaft. Mehrkosten zur Schaffung von Springerpools sowie entsprechende Vergütungen für das Personal werden ausgeglichen.“ (Z. 3595-3598)

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass im Koalitionsvertrag geeignete Maßnahmen zur Eindämmung von Leiharbeit und zur Refinanzierung von Springerpools geplant sind. Die Sicherstellung der Refinanzierung von Springerpools – auch krankenhausübergreifend – ist eine zentrale Forderung der Krankenhäuser in diesem Kontext. Es bedarf darüber hinaus weitergehender Maßnahmen, die insbesondere bei den Zeitarbeitsunternehmen ansetzen (z. B. Deckelung der Stundensätze, weitergehende Qualitätssicherungsverfahren).

DQR-Anerkennungsverfahren

„Die Weiterqualifizierung von berufserfahrenen Pflegefachkräften durch das DQR-Anerkennungsverfahren vereinfachen wir mittels Kompetenzfeststellungsverfahren der zuständigen Praxisanleitungen.“ (Z. 3598-3600)

Die geplante vereinfachte Anerkennung von Weiterqualifizierungen berufserfahrener Pflegekräfte durch das Anerkennungsverfahren anhand des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) mittels Kompetenzfeststellung durch die Praxisanleitungen bewerten die Krankenhäuser grundsätzlich positiv. Die Kompetenzfeststellungsverfahren sollten hierbei nach bundeseinheitlichen und transparenten Kriterien erfolgen. Die diesbezügliche Expertise der DKG ist bei der konkreten Ausgestaltung mit einzubeziehen.

Vergütungsstruktur im Praktischen Jahr (PJ)

„Wir wollen eine Vergütungsstruktur im Praktischen Jahr (PJ) modernisieren, die mindestens dem BAföG-Satz entspricht und wollen eine gerechte und einheitliche Fehlzeitenregelung schaffen.“ (Z. 3600-3602)

Die Krankenhäuser begrüßen, dass einheitliche Rahmenbedingungen für ein attraktives Praktisches Jahr geschaffen werden sollen. In der gesetzlichen Umsetzung ist zwingend eine entsprechende Refinanzierungsregelung vorzusehen.

Kenntnisprüfung

„Die Kenntnisprüfung wird unter anderem mit einer stärkeren sprachlichen Komponente verbessert und vorrangiger Zugang für die Anerkennung der Ausbildung ausländischer Ärzte.“ (Z. 3602-3604)

Die vorrangige Kenntnisprüfung kann das Anerkennungsverfahren für ausländische Ärztinnen und Ärzte deutlich beschleunigen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass dies Hand-in-Hand mit einem Ausbau der Kapazitäten in der Sprachförderung einhergeht, die durch die öffentliche Hand bereitgestellt und refinanziert werden muss. Andernfalls ist zu befürchten, dass ein erheblicher Anteil der ausländischen Fachkräfte das Anerkennungsverfahren nicht schaffen wird, was weitreichende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung nach sich zieht.

Reform der Berufsgesetze

„Die Berufsgesetze für Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie reformieren wir zügig und zukunftsfest. Eine ausschließliche Voll-Akademisierung lehnen wir ab. Die Osteopathie regeln wir berufsgesetzlich.“ (Z. 3604-3606)

Die Krankenhäuser befürworten die längst überfällige grundlegende Überarbeitung der Berufsgesetze (Ergo- und Physiotherapie, Logopädie), die teilweise noch aus den 1990er Jahren stammen. Bei der Überarbeitung ist darauf zu achten, dass die heutige und zukünftige Versorgungspraxis berücksichtigt wird. Die Krankenhäuser begrüßen, dass keine Vollakademisierung der Berufe vorgesehen ist. Damit werden ein breiter Zugang zu den Gesundheitsberufen sichergestellt und Weiterqualifizierungsmöglichkeiten geschaffen.

Masterplan Medizinstudium

„Wir tragen die Ziele des Masterplans Medizinstudium weiter. Voraussetzung ist eine Verständigung über Ausgestaltung und Finanzierung in einer Bund-Länder-Kommission." (Z. 2480-2482)

Die Zielsetzung des Masterplans Medizinstudium wird von den Krankenhäusern begrüßt. Das Vorhaben fördert Praxisnähe und stellt, neben der Ermöglichung von bedarfsgerechten Studienkapazitäten, auch eine zielgerichtete Bewerberauswahl sicher. Dafür ist eine Einigung im Rahmen der Bund-Länder-Kommission über die Ausgestaltung und Finanzierung notwendig. Vor allem Letzteres muss festgelegt werden und die Länder müssen ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen, um das Vorhaben adäquat umzusetzen.

Beschleunigte Anerkennung von Berufsqualifikationen

„Ergänzend braucht Deutschland qualifizierte Einwanderung. Die Demografie, gerade in den neuen Bundesländern, stellt den Arbeitsmarkt vor besonders große Herausforderungen. Gemeinsam mit den Ländern, Kommunen und den Sozialpartnern werden wir sachgerechte Instrumente zur Unterstützung schaffen." (Z. 415-418)

„Es gilt, bürokratische Hürden einzureißen, etwa durch eine konsequente Digitalisierung sowie die Zentralisierung der Prozesse und eine beschleunigte Anerkennung der Berufsqualifikationen. Dafür schaffen wir, unter Mitwirkung der Bundesagentur für Arbeit, eine digitale Agentur für Fachkräfteeinwanderung – „Work-and-stay-Agentur" – mit einer zentralen IT-Plattform als einheitliche Ansprechpartnerin für ausländische Fachkräfte. Die Agentur bündelt und beschleunigt unter anderem alle Prozesse der Erwerbsmigration und der Anerkennung von Berufs- und Studienabschlüssen und verzahnt diese mit den Strukturen in den Ländern. Wir erleichtern die Prozesse durch eine bessere Arbeitgeberbeteiligung. Wir setzen uns für einheitliche Anerkennungsverfahren innerhalb von acht Wochen ein. Eine ad-hoc-Arbeitsgruppe von Bund und Ländern wird zeitnah Maßnahmen zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren und Prozesse entwickeln und vorschlagen, wie die Zentralstelle für Ausländisches Bildungswesen (ZAB) in Struktur und Organisation angepasst und gegebenenfalls unterstützt wird. Wir werden die Anerkennungs- und Qualifizierungsberatung für Personen mit ausländischen Berufsqualifikationen bei der Bundesagentur für Arbeit verstetigen. Wir wollen, dass Absolventinnen und Absolventen aus Drittstaaten, die in

Deutschland eine Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen haben, bei uns bleiben und hier arbeiten." (Z. 419-433; inhaltliche Doppelung in Z. 2413-2418)

Die Krankenhäuser begrüßen das Vorhaben der neuen Bundesregierung, die Einwanderung von qualifizierten Fachkräften zu verbessern, was selbstverständlich auch für die Gesundheitsberufe gelten muss. Vor allem das Vorhaben, die Digitalisierung konsequent voranzubringen und damit verbunden, Prozesse zu zentralisieren, um eine beschleunigte Anerkennung der Berufsqualifikationen umzusetzen, ist effizient und gewinnversprechend. Die Einrichtung einer IT-Plattform, welche als zentrale Ansprechstelle für internationale Fachkräfte dient, schließt sich unserer Auffassung nach an die Vorhaben der EU zur Einrichtung eines EU-Talentpools an, was demnach als eine gute Vorbereitung zur Partizipation daran gesehen wird. Und auch auf nationaler Ebene wird eine solche Plattform die Prozesse durch einen leichteren Informationszugang und klare Ansprechpartner beschleunigen. Das Vorhaben, Anerkennungsverfahren einheitlich durchzuführen und binnen acht Wochen abzuschließen, sollte konsequent verfolgt und umgesetzt werden können.

Die Krankenhäuser begrüßen das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel, dass internationale Fachkräfte sich in Deutschland weiterqualifizieren, um letztlich zu bleiben. Damit das gelingt, müssen Angebote zur Integration auf kommunaler Ebene und zusätzliche Eigeninitiativen von Krankenhäusern ausgebaut und gefördert werden. Zusätzlich benötigen die Krankenhäuser finanzielle Unterstützung zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für internationale Fachkräfte, wie z. B. zur Modernisierung von Mitarbeiterwohnungen und berufsbegleitenden Sprachkursen.

4) Ambulantisierung

Facharztzugang im Krankenhaus

„Wir verpflichten die KV, diese Termine [Facharzttermine] zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht.“ (Z. 3387-3389)

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits 2015 verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten, deren Aufgabe (auch) darin besteht, Versicherten Behandlungstermine bei vertragsärztlichen Leistungserbringern zu vermitteln. Ist eine Vermittlung innerhalb einer Frist von vier Wochen nicht möglich, hat die Terminservicestelle einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass die Fristvorgabe nicht bei Routineuntersuchungen gilt.

Der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegebene Evaluationsbericht „Tätigkeit der Terminservicestellen 2023“ stellt dar, dass innerhalb der in § 75 Abs. 1a SGB V gesetzlich vorgesehenen Frist 98 Prozent der Terminbuchungen und berechtigten Vermittlungswünsche vermittelt wurden; demgegenüber stellt der GKV-Spitzenverband (2025) dar, dass sich gesetzlich Versicherte einen schnelleren Zugang zu Behandlungen in fachärztlichen Praxen wünschen.

Die Krankenhäuser sind grundsätzlich bereit, an der ambulanten fachärztlichen Versorgung mitzuwirken. Voraussetzung ist eine freiwillige Teilnahme. Die Übernahme von originär vertragsärztlichen Leistungen kann zudem nur dann gewährleistet werden, wenn die organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen gegeben sind.

Nicht akzeptabel ist etwa die mit den Terminservicestellen in § 75 Abs. 1a SGB V durch das GKV-VSG aufgenommene Regelung, wonach die Festlegung von bestimmten, wichtigen Grundsätzen im Bundesmantelvertrag erfolgen soll. Zu Lasten der Krankenhäuser wurden für die bestehende Terminvermittlung damit Vorgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag-Ärzte mit direkten Auswirkungen auf die Versorgungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser getroffen. Diese beziehen sich z. B. auf den Zugang der Patientinnen und Patienten (etwa über die Definition der zumutbaren Entfernung) oder die Dauer der Behandlung.

Darüber hinaus muss die ambulante fachärztliche Versorgung für das Krankenhaus langfristig planbar sein. Die Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante fachärztliche Versorgung darf daher nicht durch Ermächtigung der Zulassungsausschüsse zeitlich befristet über (in der Regel) zwei Jahre erfolgen, sondern sollte über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren

gewährleistet sein. Die Einbindung in die ambulante Versorgung muss durch eine Entscheidung zur Ermächtigung/ Zulassung durch die zuständige Landesbehörde erfolgen. Grundlage der Entscheidung zur Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung können dabei von den Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend zu erhebende Daten zur Terminvermittlung sein, aus denen sich auf Planungsbereichsebene die Einhaltung gesetzlich vorgegebener Fristen für eine Terminvermittlung ergibt. Zugleich sind die Fristen für eine Terminvermittlung anzupassen, was sich aus dem Wunsch der Versicherten ergibt, einen schnelleren Zugang zur Behandlung in fachärztlichen Praxen zu erhalten.

Wichtig ist eine adäquate Vergütung der ambulant erbrachten fachärztlichen Leistungen der Krankenhäuser. Dazu bedarf es einer gesetzlichen Regelung, um den – im Vergleich zur Kalkulation des EBM – abweichenden Kostenaufwand der Krankenhäuser (bspw. Personal- und Sachkosten) abzubilden. Auch muss Krankenhäusern bei der Übernahme einer ambulanten fachärztlichen Versorgung die Möglichkeit der Verordnung eingeräumt werden.

Sektorenübergreifende Versorgung/ Hybrid-DRGs

„Wir stärken die sektorenübergreifende Versorgung. Im Zuge dessen entwickeln wir sektorenunabhängige Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) weiter und ermöglichen sie umfassend. Damit verschränken wir Angebote im ambulanten und stationären Bereich.“ (Z. 3391-3393)

Eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung ist grundsätzlich sinnvoll. Die bisherigen Erfahrungen zeigen allerdings, dass eine nachhaltige Umsetzung der aktuellen gesetzlichen Vorschriften nicht möglich ist. Insbesondere die sehr kurzfristig mit dem KHVVG in § 115f Absatz 2 SGB V eingebrachte Vorgabe, pro Jahr 1 bis 2 Millionen Behandlungsfälle aus der stationären Versorgung in die Hybrid-DRGs zu verlagern, wird eine medizinisch sinnvolle Entwicklung der Ambulantisierung am Krankenhaus unterlaufen. Die aktuellen gesetzlichen Grundlagen der Hybrid-DRGs müssen daher umfassend überarbeitet werden. Ziel sollte es sein, die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, bisher vollstationäre Leistungen am Krankenhaus unter für die Patienten sicheren Behandlungsbedingungen ambulant zu ermöglichen. Damit eröffnet sich ein Spielraum zur Ambulantisierung bei medizinisch vertretbaren Fällen.

5) Psych-Versorgung

Verbesserung der psychosomatischen Grundversorgung und wohnortnahe psychosomatische Institutsambulanzen

„Zur besseren psychosomatischen Grundversorgung durch Hausärzte schaffen wir deren Regresse ab und setzen psychosomatische Institutsambulanzen wohnortnah um.“ (Z. 3555-3557)

Das Ziel einer Weiterentwicklung der psychosomatischen Versorgung und deren Zugangsmöglichkeiten wird von den Krankenhäusern unterstützt. Hausärzte spielen als erste Anlaufstelle bei der Erkennung und Versorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen eine wesentliche Rolle. Dementsprechend sollte der Zugang zu den Psychosomatischen Institutsambulanzen an Krankenhäusern auch auf Überweisung durch Hausärzte möglich sein. Um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, sollten Restriktionen bei der Etablierung und den Rahmenbedingungen Psychosomatischer Institutsambulanzen abgebaut werden. Da es bei den Vertragspartnern der Selbstverwaltung hierzu unterschiedliche Sichtweisen und Problemverständnisse gibt, sind entsprechende Anpassungen des § 118 Absatz 3 SGB V erforderlich.

6) Notfallversorgung

Notfall- und Rettungsdienstreform

„Wir […] bringen Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf den Weg.“ (Z. 3412-3414)

Krankenhäuser sind eine tragende Säule der ambulanten Notfallversorgung. Wir sprechen uns vor dem Hintergrund allseits bekannter Probleme für eine zügige Umsetzung einer längst überfälligen Notfallreform aus. **Insofern muss die angekündigte Notfallreform folgende Eckpunkte beinhalten:**
Die Behandlung ambulanter Notfälle jenseits der niedergelassenen Arztpraxen erfolgt zukünftig grundsätzlich in Integrierten Notfallzentren an Krankenhäusern. KBV, DKG und GKV-Spitzenverband schließen dazu eine Rahmenvereinbarung, die den Betrieb und die Finanzierung der INZ-Standorte regelt. Auf Basis dieses Rahmenvertrages vereinbaren das einzelne Krankenhaus und die zuständige KV die konkrete Kooperation vor Ort, um den Betrieb des INZ sicherzustellen. Das Krankenhaus und die KV sind frei in der Gestaltung ihrer Kooperation.

Für die Festlegung von INZ-Standorten werden bundesweite Planungskriterien entwickelt, die insbesondere die Erreichbarkeit von INZ-Standorten und die regionale Bevölkerungsdichte berücksichtigen. Auf Basis dieser Kriterien **entscheiden die Bundesländer** letztverantwortlich über die Zuordnung der INZ-Standorte im Rahmen ihrer sektorübergreifenden Versorgungsplanung.

Die Einrichtung von INZ ist im Rahmen der üblichen Investitionsförderung der Länder oder im Rahmen des Transformationsfonds förderfähig. Die Finanzierung der Betriebskosten der INZ sollte zukünftig nicht mehr im Rahmen von Einzelfallabrechnungen erfolgen, sondern im Rahmen eines auskömmlich kalkulierten Vorhaltebudgets durch die Krankenkassen. Grundlage der Budgetkalkulation sind die dreiseitige Rahmenvereinbarung und bundesweit festzulegende strukturelle und personelle Anforderungen für den Betrieb der INZ. Die Budgetkalkulation umfasst alle zu erwartenden Sach- und Personalkosten im Rahmen eines konkreten Fallzahlkorridors für das jeweilige INZ. Patienten, die ohne vorherige Kontaktaufnahme und Steuerung durch die zentrale Leitstelle beim INZ vorstellig werden, sind verpflichtet, die Leitstelle telefonisch zu kontaktieren.

Es wird eine verlässliche digitale Infrastruktur zwischen der zentralen Leitstelle und dem INZ geschaffen, um Patienten- und Krankheitsdaten aus dem Gesundheitsleitsystem ohne Informationsverlust an das INZ zu übermitteln sowie die digitale Fallübergabe innerhalb des INZ und des Krankenhauses zu gewährleisten. Hierfür muss von der DKG und der KBV eine Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe vereinbart werden. Die Spezifikationen müssen ein

einheitliches Vorgehen gewährleisten. Für die Implementierung und Anpassung im Krankenhaus müssen entsprechende Finanzierungsinstrumente gesetzlich verankert werden.

Auch wenn der Rettungsdienst und die ambulante Notfallversorgung gemeinsam gedacht werden müssen, darf eine Reform des Rettungsdienstes nicht zum Gegenstand eines Notfallgesetzes gemacht werden, sondern zunächst in engem Schulterschluss mit den Ländern vorbereitet und anschließend in einem eigenständigen Gesetzgebungsprozess auf den Weg gebracht werden. Im Sinne einer zeitnahen und adäquaten Umsetzung der dringend benötigten Notfallreform ist dies unabdingbar.

7) Digitalisierung

Kultur der Datennutzung

„Wir wollen eine Kultur der Datennutzung und des Datenteilens, die Datenökonomie etabliert, auf Innovation setzt und Grund- und Freiheitsrechte schützt. Dafür beseitigen wir Rechtsunsicherheiten, heben Datenschätze, fördern Daten-Ökosysteme und setzen auf Datensouveränität. Wir schaffen die Grundlage, um Regelwerke, für die es sachgemäß ist, in einem Datengesetzbuch zusammenzufassen. […] Wir schaffen eine moderne Regelung für Mobilitäts-, Gesundheits- und Forschungsdaten.“ (Z. 2239-2246)

Mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz und dem Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) sind im vergangenen Jahr wichtige Grundlagen für die Datennutzung geschaffen worden. Der nationale Gesundheitsdatenraum im Forschungsdatenzentrum Gesundheit soll seine Arbeit (endlich) aufnehmen. Es werden derzeit keine weiteren Regelungen benötigt, welche den Aufbau des Forschungsdatenzentrums weiter verzögern. Mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz wurde die Verknüpfung von Daten (ePA und Krebsregister) ermöglicht. Dieser Weg muss nach dem Sammeln erster Erfahrungen mit der Verknüpfung weiterer Daten fortgesetzt werden.

Elektronische Patientenakte

„Noch 2025 rollen wir die elektronische Patientenakte stufenweise aus, von einer bundesweiten Testphase zu einer verpflichtenden sanktionsbewehrten Nutzung.“ (Z. 3520-3522)

Die Krankenhäuser unterstützen das stufenweise Vorgehen. Die dreimonatige Pilotierung hat gezeigt, wie anspruchsvoll die Einführung der ePA im Krankenhaus ist. Nur in wenigen an der Pilotierung beteiligten Häusern hat das Down- und Uploaden von Dokumenten funktioniert. Eine Integration in die internen Prozesse war in dieser Zeit nicht möglich. Es wird also noch einige Monate dauern, bis die ePA in den Krankenhäusern flächendeckend genutzt werden kann. Eine Sanktionierung beschleunigt die Ausstattung der Krankenhäuser nicht. Sie verringert nur die Akzeptanz und schadet dieser sinnvollen Anwendung. Sanktionen und Nachweispflichten haben den Krankenhäusern in der Vergangenheit hohen Aufwand, aber wenig digitalen Nutzen gebracht. Vielmehr hat diese Entwicklung dazu geführt, dass eine Priorisierung der Umsetzung von Digitalisierung oftmals nur noch nach Sanktionshöhe erfolgt. Es sollte daher auf eine Sanktionierung verzichtet und positive Anreizsysteme für die Nutzung geschaffen werden.

Vereinfachter Austausch zwischen Versicherungsträgern und ÄrztInnen

„Wir vereinfachen den Austausch zwischen den Versicherungsträgern und den Ärztinnen und Ärzten.“ (Z. 3522-3523)

Die Vereinfachung ist grundsätzlich zu begrüßen. Es bleibt aber offen, wie die Vereinfachung erfolgen soll. Die DKG hat dem BMG in der letzten Legislaturperiode viele Vorschläge zum Bürokratieabbau übermittelt. Davon wurde nichts aufgegriffen. Bei dem Austausch zwischen den Versicherungsträgern und den Ärztinnen und Ärzten sollte vor allem auf die Berichtspflichten verzichtet werden; 30-40 % der Arbeitszeit verbringen die Ärzte mittlerweile mit der Dokumentation und dem Berichtswesen. Dieser Aufwand muss reduziert werden. Die bereits ausgeführten Vorschläge zum Bürokratieabbau sollten umgesetzt und die DKG mit ihrer Expertise bei dem Prozess zur Vereinfachung des Austausches zwischen Versicherungsträgern und Krankenhäusern eingebunden werden.

Vermeidung von Doppeldokumentationen

„Doppeldokumentationen vermeiden wir.“ (Z. 3523)

Gedoppelte Dokumentationen betreffen neben der redundanten Erstellung von Dokumenten insbesondere auch wiederholt in Formularen anzugebende Datenfelder, redundante Prüfprozesse und die unzureichende Interoperabilität unterschiedlicher Dokumentationssysteme. Hier besteht in der Tat Handlungsbedarf, der durch geeignete Umstrukturierung und Normierung von Arbeitsabläufen ein hohes Nutzenpotential aufweist. Angaben zu medizinischen Falldaten müssten in unterschiedlichen Detail- und Aggregationsstufen sowohl im Kontext von Abrechnung, Rechnungsprüfung, Qualitätssicherung, Implantatemeldungen, KH-Statistik, Entlassmanagement, Infektionsschutzgesetz u. v. a. m. jeweils in Form eigener Schnittstellen gemeldet werden – eine pflichtübergreifende Mehrfachnutzung durch Empfänger oder Vertrauensstellen wird nur in wenigen Ausnahmefällen vorgenommen.

Umbau der Gematik

„Die Gematik GmbH entwickeln wir zu einer modernen Agentur weiter, um im Bereich der Digitalisierung Akteure besser zu vernetzen.“ (Z. 3525-3526)

Die Gematik sollte auf der Basis einer abgestimmten Roadmap handeln. Die Roadmap für die Fortentwicklung der Telematikinfrastruktur und weiterer Digitalisierungsvorhaben sollte von der Gematik in Zusammenarbeit mit der Industrie und den Nutzern – stellvertretend für diese die Spitzenorganisationen – erstellt werden. Dadurch kann eine Priorisierung der Digitalisierungsvorhaben vorgenommen und die Aktivitäten der einzelnen Beteiligten

aufeinander abgestimmt werden. So wird auch eine höhere Verbindlichkeit aller Beteiligten erreicht.

Einheitlich definierte Standards für Anbieter von Software- und IT-Lösungen im Bereich Gesundheit und Pflege

„Alle Anbieter von Software- und IT-Lösungen im Bereich Gesundheit und Pflege müssen bis 2027 einen verlustfreien, unkomplizierten, digitalen Datenaustausch auf Basis einheitlich definierter Standards sicherstellen.“ (Z. 3527-3529)

Das Anliegen eines verlustfreien, unkomplizierten, digitalen Datenaustausches auf Basis einheitlich definierter Standards wird von den Krankenhäusern unterstützt. Wichtig ist, dass der Gesetzgeber hierbei ein planvolles Vorgehen mit den Leistungserbringern und der Industrie abstimmt, um mehr Verbindlichkeit zu erzeugen. Die Versuche vergangener Regierungen haben gezeigt, dass dieses Ziel mit Sanktionen nicht erreicht wird. Die Standards für den Krankenhausbereich sollten federführend durch das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) unter Beteiligung der DKG und der Industrie festgelegt werden.

8) Arzneimittelversorgung und Medizintechnik

Biotechnologie und Gesundheitsforschung

„Wir fördern die Entwicklung neuer Wirkstoffe und Therapien durch die lebenswissenschaftliche, molekularbiologische und pharmazeutische Forschung sowie die Agrar-/ Ernährungswissenschaften und Biodiversitätsforschung. Wir schaffen eine Nationale Biobank als Grundlage für Präventions-, Präzisions- und personalisierte Medizin.“ (Z. 2519-2522)

„Wir stärken die Gesundheitsforschung auch mit Fokus auf personalisierte Medizin. Den strategischen Ansatz bei der Gen- und Zelltherapie führen wir fort. Wir unterstützen die Bemühungen des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) zur Gründung von Außenstellen, um so den Zugang zu Innovationen und Forschung flächendeckend zu verbessern. Wir bauen im Bereich der onkologischen Forschung und klinischen Versorgung relevante Netzwerke aus (DKTK, NCT). Wir fördern Forschung zu Frauengesundheit […].“ (Z. 2532-2538)

Die Krankenhäuser begrüßen Strategien zur Förderung der personalisierten Medizin und von Gen- und Zelltherapien. Es gilt angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen, die Krankenhäuser dabei unterstützen, Gen- und Zelltherapien vor Ort zu entwickeln und herzustellen. Dies bietet sowohl Vorteile für PatientInnen und Patienten im Sinne eines schnellen Zugangs als auch preisliche Vorteile für das GKV-Finanzsystem.

Damit personalisierte Medizin allen Patientinnen und Patienten zugutekommen kann, muss es einen niederschwelligen Zugang zu Mutationsdiagnostik bei seltenen und onkologischen Erkrankungen geben. Regularien und Anforderungen an die Leistungserbringung müssen harmonisiert werden.

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich auch die Förderung von Forschung im Bereich der Frauengesundheit. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden in der Vergangenheit in Studien nicht ausreichend gewürdigt. Auch wenn dem Thema in jüngerer Zeit eine wachsende Bedeutung zukommt, findet es aktuell z. B. in Zulassungsstudien noch keine angemessene Berücksichtigung. Die Probleme, die damit für die Versorgung von Frauen einhergehen, sind verheerend. Es braucht daher eine konsequente Stärkung der Forschung zu frauenspezifischen Erkrankungen sowie die Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden, z. B. bei der Dosierung und Wirkung von Arzneimitteln. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen.

Stärkung der Gesundheitswirtschaft

„Die Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Produktion von Arzneimitteln, Wirkstoffen und Medizinprodukten werden wir weiter verbessern und dazu die Nationale Pharmastrategie weiterentwickeln." (Z. 183-186)

„Wir stärken die industrielle Gesundheitswirtschaft, insbesondere die pharmazeutische Industrie und Medizintechnik, als Leitwirtschaft. Der Pharmadialog und die Pharmastrategie werden fortgesetzt." (Z. 3431-3432)

Krankenhäuser sind auf eine flächendeckende, sichere und zuverlässige Versorgung mit Arzneimitteln angewiesen. Nahezu alle Patientinnen und Patienten benötigen für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung während ihres Krankenhausaufenthaltes Arzneimittel. Angesichts stetig wachsender Herausforderungen – von Lieferengpässen über steigende Ausgaben für innovative Therapien bis hin zur Notwendigkeit von vorausschauenden Krisenresilienz-Strategien, inklusive einer strategisch geplanten und gemeinsam erarbeiteten Bevorratungsstrategie – ist es unerlässlich, dass sich die politischen Entscheidungsträger klar zu einer umfassenden und zukunftsorientierten Strategie für die Ausrichtung der Arzneimittelpolitik bekennen. Die Krankenhäuser befürworten daher eine langfristige, strategische Planung zur Gewährleistung einer hochwertigen Arzneimittelversorgung. Die Fortführung eines maßvollen Pharmadialogs wird befürwortet, allerdings unter aktiver Einbindung aller relevanten Stakeholder. Dabei dürfen nachhaltige Lösungsansätze zur Finanzierbarkeit hochpreisiger innovativer Therapien, langfristige Ansätze zur Förderung der Produktion sowie die Sicherung von Forschung und Entwicklung in Bereichen der Orphan Drugs oder der Antibiotika nicht außer Acht gelassen werden.

Weiterentwicklung des AMNOG

„Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) entwickeln wir mit Blick auf die „Leitplanken" und auf personalisierte Medizin weiter. Dabei ermöglichen wir den Zugang zu innovativen Therapien und Arzneien und stellen gleichzeitig eine nachhaltig tragbare Finanzierung sicher." (Z. 3432-3436)

Krankenhäuser sind von der Anwendung neuartiger Therapien in besonderem Maße betroffen. Sie verfügen über die erforderliche Expertise und Strukturvoraussetzungen für deren anspruchsvollen Einsatz und können ihren Patientinnen und Patienten für ihre bisher als unheilbar geltenden Erkrankungen erfolgsversprechende Therapien anbieten. Ein früher Zugang zu innovativen Arzneimitteltherapien ist ein hohes Gut.

Das AMNOG-System stößt aktuell aber an seine Grenzen. Die Weiterentwicklung des Systems ist daher zwingend notwendig. Die Krankenhäuser sprechen sich dabei entschieden gegen eine vierte Hürde in Deutschland aus, bei der Wirtschaftlichkeit und Kosteneffizienz den

Marktzugang mitregulieren würden. Zu begrüßen sind hingegen innovative Finanzierungsansätze, welche intelligente Preismechanismen für hochpreisige Arzneimittel inkludieren sowie Hersteller und GKV-Finanzen gleichermaßen fair behandeln. Arzneimittelspezifische Kohortenmodelle müssen ebenso möglich sein wie die Vereinbarung patientenindividueller Ratenmodelle mit individuellen Routinedaten. Unabhängig von der Auswahl angemessener Preisbildungsmodelle ist es für Krankenhäuser unerlässlich, dass eine zukünftige Lösung bürokratiearm, rechtssicher und zuverlässig gestaltet wird.

Zudem sprechen sich die Krankenhäuser dafür aus, das sogenannte Orphan-Privileg im deutschen AMNOG-Verfahren stärker nach medizinischer Notwendigkeit auszurichten. Dabei geht es ausdrücklich nicht um die Aufhebung des Orphan-Privilegs. Dieses hat seine Berechtigung und sorgt dafür, dass Hersteller, die Arzneimittel für seltene Leiden entwickeln, zurecht bevorteilt werden, indem sie keine reguläre Nutzenbewertung vor Preisfestsetzung durchlaufen müssen. Die Krankenhäuser sprechen sich aber dafür aus, das Orphan-Privileg nicht nur an Zahlen oder Umsatzschwellen festzumachen, sondern an einer tatsächlichen medizinischen Versorgungslücke („unmet medical need“).

Leider sind in den letzten Jahren hohe bürokratische Hürden für Krankenhäuser bei der Leistungserbringung von innovativen Therapien etabliert worden. Parallel einzuhaltende regulatorische Vorgaben mit teilweise identischen Anforderungen, geforderte Mehrfachdokumentationen und Mehrfachnachweise, Unsicherheiten bei der Bereitstellung der Arzneimittel und bei der Leistungsvergütung sowie aufwendige Prüfmechanismen des Medizinischen Dienstes führen dazu, dass Krankenhäuser diese Therapien nicht immer zeitnah anwenden können. Die Krankenhäuser sprechen sich deshalb für eine Harmonisierung und Vereinfachung bestehender regulatorischer Vorgaben aus.

Stärkung der Versorgungssicherheit

„Die Versorgungssicherheit stärken wir durch Rückverlagerung von Produktionsstandorten für kritische Arzneimittel und Medizinprodukte nach Deutschland und Europa.“ (Z. 3436-3438)

Die deutschen Krankenhäuser begrüßen das Ansinnen, die Entwicklung und Produktion von Medizinprodukten/Medizintechnologien in Deutschland und Europa zu befördern. Medizinprodukte/Medizintechnologien sind untrennbar mit zahllosen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verknüpft und unterliegen einem ständigen Innovationsprozess. Krankenhäuser sind maßgeblichen Akteure in diesem Feld, nicht nur als spätere Anwender, sondern bereits als wichtige Partner im Entwicklungsprozess. Eine breite Förderung insbesondere auch klinischer Forschung/ Studien wird dabei ebenso zielführend sein wie eine Entbürokratisierung im Vergütungssystem (NUB-Anfragen) und die Beibehaltung und Stärkung des Verbotsvorbehaltes für den stationären Bereich. Eine Stärkung des Standortes Deutschland für den Bereich der Medizinprodukte/ Medizintechnik ist zudem unabdingbar für

eine hinreichende Krisenresistenz der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, da Medizinprodukte/ Medizintechnologien essentielle Bestandteile wichtiger Behandlungsmöglichkeiten, wie beispielsweise Operationen und Intensivmedizin, darstellen.

Arzneimittellieferengpässe stellen für Krankenhäuser ein ernsthaftes Problem dar. So sind zunehmend vielfach auch Arzneimittel von Lieferengpässen betroffen, die alternativlos Anwendung finden oder auch zur Behandlung von lebensbedrohlichen Erkrankungen im Krankenhaus benötigt werden. Daher ist es von größter Bedeutung, Versorgungsengpässe zu vermeiden und Mehraufwände für Krankenhäuser im Falle von Lieferengpässen zu minimieren. Ansätze zur Verbesserung der regulatorischen Rahmenbedingen müssen sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene greifen und bei allen Beteiligten der Lieferkette ansetzen.

Der geplante europäische Critical Medicines Act folgt der langfristigen Zielsetzung, die Versorgungssicherheit durch Stärkung von Produktion und Lieferkettenresilienz zu verbessern. Der Umsetzung des europäischen Verordnungsvorschlags in Form des jüngst vorgelegten Entwurfs muss von der Bundesregierung eng begleitet werden. Weiterhin werden in der umfassenden Revision des EU-Arzneimittelrechts die Weichen für ein verbessertes EU-weites Monitoring gestellt. Dabei muss die Prämisse gelten, dass ein angemessenes Monitoring von Lieferengpässen keine weiteren Mehraufwände vor Ort erzeugen darf. Ziel sollte sein, die bereits bestehende Datenbasis als Grundlage für Meldungen zu nehmen und die Informationsverarbeitung, Nutzbarkeit und Harmonisierung EU-weiter und nationaler Systeme zu verbessern. Unbedingt vermieden werden müssen Doppelstrukturen mit Mehrfachmeldungen für Leistungserbringer.

Unabdingbar sind auch im nationalen Regelungsrahmen implementierbare Erleichterungen und bürokratische Entlastungen für das Lieferengpassmanagement vor Ort. Hierzu zählt zum Beispiel eine Neuregelung der Dokumentationsanforderungen bei Importware im Krankenhaus.

Es darf zudem keine Erweiterung der Bevorratungspflichten ohne ein strategisches Gesamtkonzept geben. Alle beteiligten Stellen, insbesondere auch die Krankenhäuser, sind in diese Überlegungen einzubeziehen. Dieser Punkt steht in engem Zusammenhang mit den Überlegungen für eine übergeordnete Krisenresilienz-Strategie. Die Bevorratung von Arzneimitteln bildet hier einen wichtigen Baustein, es sind jedoch zahlreiche weitere Versorgungsbereiche betroffen.

9) Europa/Internationales

Lieferkettensorgfaltspflichten

„Darüber hinaus schaffen wir das nationale Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz (LkSG) ab. Es wird ersetzt durch ein Gesetz über die internationale Unternehmensverantwortung, das die Europäische Lieferkettenrichtlinie (CSDDD) bürokratiearm und vollzugsfreundlich umsetzt. Die Berichtspflicht nach dem LkSG wird unmittelbar abgeschafft und entfällt komplett. Die geltenden gesetzlichen Sorgfaltspflichten werden bis zum Inkrafttreten des neuen Gesetzes, mit Ausnahme von massiven Menschenrechtsverletzungen, nicht sanktioniert. Wir unterstützen den „Omnibus" der Kommission, um die umfangreichen Vorgaben zum Inhalt der EU-Nachhaltigkeitsberichterstattung insbesondere für die mittelständische Wirtschaft deutlich zu reduzieren und zeitlich zu verschieben." (Z. 1909-1917)

Dies begrüßen die Krankenhäuser ausdrücklich. Die Abschaffung des nationalen LkSG sowie das spätere Inkrafttreten der CSDDD und CSRD, wie im Omnibus-Paket vorgesehen, gibt den Krankenhäusern mehr Zeit, sich auf die aus diesen Gesetzen resultierenden Berichtspflichten vorzubereiten. Dass weniger Krankenhäuser unter die CSRD fallen, wie im Omnibus Simplification Package vorgeschlagen, wird ebenfalls begrüßt.

Eine Ausnahme für den Gesundheits- bzw. Krankenhausbereich von der CSDDD ist jedoch notwendig, da sich im Gegensatz zu anderen Branchen, auf die die CSDDD eigentlich abzielt, der Fokus des Gesundheitswesens nicht im (Weiter-)Verkauf von Gütern liegt, sondern darin, medizinische Produkte zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten einzusetzen. Aufgrund von teilweise vollständig ins Ausland verlagerten Produktionsstätten bestehen für Krankenhäuser zudem kaum bis gar keine Möglichkeiten, den jeweiligen Einkaufsprozess umzustrukturieren. Hiervon sind vielfach Produkte betroffen, die zwingend für eine adäquate Patientenversorgung erforderlich und für die Krankenhäuser daher unverzichtbar sind. Das aktuell anlaufende ordentliche Gesetzgebungsverfahren zum Omnibus Simplification Package bietet der künftigen Bundesregierung die Möglichkeit, sich auf europäischer Ebene für eine Ausnahme des Krankenhausbereichs von der CSDDD einzusetzen und damit aktiv Bürokratie abzubauen.

EU-Bürokratierückbau

„Wir wirken darauf hin, dass die von der EU-Ebene ausgehende Bürokratie umfassend und wirkungsorientiert zurückgebaut wird. Wir unterstützen die EU-Kommission beim Bürokratierückbau und fordern höhere Ambitionen (zum Beispiel „One in, two out"-Regelung, Reduzierung von Anpassungs- und Verwaltungskosten um mindestens 25 Prozent beziehungsweise 35 Prozent bei kleinen und mittleren Unternehmen. Die Bundesregierung wird sich bei jedem EU-Dossier für Bürokratierückbau und Bürokratievermeidung einsetzen und in den EU-Ratsarbeitsgruppen und Komitologieausschüssen eine aktive Rolle einnehmen.

Unnötige Belastungen durch die europäische Ebene verhindern wir. Dazu gehört, dass die Entwaldungsverordnung (EUDR) durch die Einführung der „Null-Risiko-Variante“ keine Anwendung findet. Außerdem lehnen wir das EU-Bodengesetz ab, um weitere Belastungen zu verhindern. Darüber hinaus wollen wir überbordende Regulierungen für nachhaltige Investitionen (Taxonomie), Nachhaltigkeitsberichterstattung (CSRD), die Lieferkettensorgfaltspflicht (CSDDD), den CO2-Grenzausgleichsmechanismus (CBAM), Konfliktmineralien oder durch die unüberschaubare Menge delegierter Rechtsakte verhindern. Wir unterstützen das europäische Omnibusverfahren zur Lieferkettensorgfaltspflicht (CSDDD), zur Nachhaltigkeitsberichterstattung (CSRD), Taxonomie und CO2-Grenzausgleichsmechanismus (CBAM) und setzen uns dabei für eine bürokratiearme Lösung insbesondere für kleine und mittelständische Unternehmen ein. Wir schaffen dabei Rechts- und Planungssicherheit und unterstützen die Unternehmen bei einer guten Rechtsumsetzung. […] Bei der Umsetzung von EU-Recht in nationales Recht schließen wir bürokratische Übererfüllung aus. Parallelregulierungen auf europäischer und nationaler Ebene lehnen wir ab.“ (Z. 1994-2015)

Die Krankenhäuser begrüßen die Vorhaben ausdrücklich. Bürokratieabbau ist nicht nur auf der nationalen, sondern zwingend auch auf der europäischen Ebene notwendig. Parallelregulierungen auf europäischer und nationaler Ebene, die etwa zu doppelten Meldeverpflichtungen führen, sind zu vermeiden. Bei der Umsetzung von europäischen Richtlinien, aber auch bereits bei der Verhandlung neuer Verordnungen und Richtlinien im Rat der Europäischen Union, ist ein besonderer Fokus auf die Kompatibilität mit den aktuell geltenden nationalen Regelungen zu legen.

Handlungsfähiges Europa

„Angesichts des geopolitischen Epochenbruchs muss Europa umfassende strategische Souveränität entwickeln. Schlüsseltechnologien, Energiesicherheit, digitale Souveränität inklusive europäischer Plattformen, Schutz kritischer Infrastrukturen, Resilienz sowie eigene Fähigkeiten, um sich im globalen Systemwettbewerb zu behaupten, sind dafür zentral.“ (Z. 4395-4398)

Die Krankenhäuser begrüßen die Stärkung der strategischen Autonomie der EU. Nicht zuletzt haben die angespannte geopolitische Lage und die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie gezeigt, dass Europa resilienter werden und die Abhängigkeit von Drittstaaten reduzieren muss. Hierbei gilt es, insbesondere auch im Bereich der Versorgung mit kritischen Arzneimitteln die strategische Autonomie der EU zu stärken. Der Schutz der kritischen Infrastruktur – und damit auch von Krankenhäusern – ist ebenfalls von besonderer Bedeutung. Hier bedarf es neben der Vorbereitung auf verschiedene Bedrohungsszenarien auch einer adäquaten Finanzierung.

10) Klima/Umwelt

Kürzung von Förderprogrammen im Klima- und Transformationsfonds (KTF)

„Straffung, Konzentrierung und Kürzung von Förderprogrammen im Klima- und Transformationsfonds;“ (Z. 1689-1690)

Der Koalitionsvertrag sieht verschiedene Maßnahmen zur Haushaltskonsolidierung vor. Eine dieser Maßnahmen ist die Straffung, Konzentrierung und Kürzung von Förderprogrammen im Klima- und Transformationsfonds. Eine Kürzung von Förderprogrammen zum Klimaschutz mit dem Ziel der Haushaltskonsolidierung ist äußerst kritisch zu bewerten. Der Einsatz von Förderprogrammen zum Klimaschutz bietet jedoch Optimierungsmöglichkeiten.

Die aktuelle Entwicklung der Treibhausgas-Emissionen befindet sich laut Gutachten des Expertenrates für Klimafragen der Bundesregierung auf einem unzureichenden Kurs. Die in den vergangenen Jahren beobachtete Geschwindigkeit der Treibhausgas-Emissionsminderung würde nicht ausreichen, um das gesetzlich festgelegte Klimaziel für das Jahr 2030 zu erreichen. Um dieses Ziel zu erreichen, müsste die mittlere jährliche Reduktionsrate um mehr als die Hälfte zunehmen. In Anbetracht dieser Einschätzung ist eine erneute Beschäftigung mit der Gestaltung der Förderprogramme wünschenswert. Auch eine Konzentration auf wesentliche Branchen und Bereiche erhöht die Chancen, die gesteckten Klimaziele zu erreichen. Das Gesundheitswesen zählt mit über 5 % der Emissionen der Bundesrepublik klar zu den zu fokussierenden Branchen. Innerhalb des Gesundheitswesens gelten Krankenhäuser als besonders ressourcenintensiv. Vor diesem Hintergrund bewerten die Krankenhäuser eine Kürzung von Förderprogrammen im Klima- und Transformationsfonds mit dem Ziel der Haushaltskonsolidierung als äußerst kritisch. Eine Umgestaltung der Förderprogramme kann jedoch eine begrüßenswerte und erfolgversprechende Maßnahme sein.

Sanierung des Klima- und Transformationsfonds (KTF)

„Wir konzentrieren den Klima- und Transformationsfonds auf die zentralen Herausforderungen auf dem Weg zur Klimaneutralität. Wir werden die Effizienz der Mittelvergabe steigern und stärker an den Kriterien der CO2-Vermeidung und des sozialen Ausgleichs ausrichten. Wir werden die bestehenden sehr hohen pauschalen Kürzungsvorgaben auflösen und Kleinstprogramme mit perspektivisch weniger als 50 Millionen Euro Fördervolumen auslaufen lassen. Die Einnahmen aus der CO2-Bepreisung geben wir an Verbraucherinnen und Verbraucher und die Wirtschaft zurück: durch eine spürbare Entlastung beim Strompreis und durch die Förderung von Investitionen in die Klimaneutralität. Wir führen dem KTF aus dem Sondervermögen jedes Jahr Mittel in Höhe von rund zehn Milliarden Euro zu.“ (Z. 1696-1706)

Die Krankenhäuser begrüßen die geplanten Maßmnahmen zur Sanierung des KTF. Um den größten Effekt im Sinne der THG-Emissionseinsparung zu erzielen, ist es sinnvoll, bei den großen Einsparpotenzialen anzusetzen. Die DKG fordert seit Jahren ein Klimaschutzprogramm für Krankenhäuser – die ressourcenintensivsten Akteure im Gesundheitswesen.

Mindestens 31 Milliarden Euro sind nötig, um die deutschen Krankenhäuser in den kommenden Jahren klimaneutral umzugestalten. Mit 23,4 Milliarden Euro fällt der größte Teil dieser Summe für die Sanierung der Gebäudehülle an, zum Beispiel für Fassaden- und Dachdämmung. Der klimagerechte Umbau der Krankenhäuser ist dringend notwendig, wenn das Gesundheitswesen klimaneutral werden soll. Ein Klinikbett benötigt rechnerisch so viel Energie wie zwei durchschnittliche Einfamilienhäuser. Krankenhäuser sind damit Großverbraucher und können somit einen enormen Beitrag zur CO2-Einsparung leisten. Der jetzige Zeitpunkt eignet sich aufgrund der anstehenden Krankenhausreform, um die Einsparungen zu potenzieren. Denn jetzt können nicht nur bestehende Strukturen verbessert, sondern neue Strukturen klimaneutral aufgebaut werden. Das spart langfristig sowohl enorme Kosten als auch Emissionen.

Das Sondervermögen bietet große Chancen, im Klimaschutz deutlich voranzuschreiten und die wesentlichen Hebel hierfür umzulegen. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, die neuen Regelungen bürokratiearm und zweckdienlich an den tatsächlichen Einsparpotenzialen auszurichten. Eine Entlastung beim Strompreis kommt dabei sowohl Verbraucherinnen und Verbrauchern als auch der Wirtschaft zu Gute.

11) MD-Prüfungen

Einführung einer Bagatellgrenze bei Regressprüfungen

„Wir führen eine Bagatellgrenze von 300 Euro bei der Regressprüfung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte ein. Entsprechende Regelungen werden wir auch für andere Leistungserbringerinnen und -erbringer treffen.“ (Z. 3503-3505)

Einer Ausdehnung dieser Bagatellgrenze auf den Krankenhausbereich steht die DKG aufgeschlossen gegenüber. Ob hinsichtlich der Einzelfallprüfungen nach § 275c SGB V im Krankenhaus ebenfalls eine vergleichbare Bagatellgrenze eingeführt werden soll, bleibt durch die gewählte Formulierung allerdings unklar. Eine abschließende Bewertung kann insofern erst vorgenommen werden, wenn die konkrete Ausgestaltung der Regelung bekannt ist.

Als weitere Maßnahme zum Bürokratieabbau und zur Aufwandsverringerung möchte die DKG erneut darauf hinweisen, dass es im Sinne der effektiveren und aufwandsärmeren Ausgestaltung der Einzelfallprüfung sinnvoll ist, sowohl die Aufwandspauschale nach § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V als auch den Aufschlag nach § 275c Absatz 3 SGB V zu streichen. Die Geltendmachung von Aufschlagszahlung und Aufwandspauschale führt unter dem Strich zu einem vergleichbaren Ergebnis. Zwar ist der Betrag des Aufschlages durch das KHVVG in § 275c Absatz 3 Satz 5 SGB V auf 400 € festgelegt worden, während die Aufwandspauschale in Höhe von 300 € anfällt.

Da aber über 50 % der Einzelfallprüfungen zu Gunsten der Krankenhäuser ausgehen und die Aufwandspauschale somit häufiger anfällt als die betragsmäßig höhere Aufschlagszahlung, nivellieren sich beide Pauschalen nahezu. Somit führt eine Streichung beider Regelungen nicht zu einer Benachteiligung einer der am Prüfverfahren Beteiligten, wohl aber zu einer bürokratischen Entlastung aller am Prüfverfahren Beteiligten und wäre ein bedeutsamer Schritt hin zu einem effektiven Bürokratieabbau.

Einzelfallprüfung in Krankenhäusern

„Wir senken die Prüfquote bei Krankenhäusern erheblich. Das Prüfergebnis der Stichproben wird sodann auf 100 Prozent hochgerechnet. Ist eine Prüfung regelhaft nicht auffällig, sind die Prüffrequenzen anzupassen.“ (Z. 3506-3508)

Es wird nicht ganz deutlich, was die Koalition anstrebt: Wir interpretieren den Koalitionsvertrag so, dass das bestehende System der Einzelfallprüfung auf Basis krankenhausindividueller, quartalsabhängiger Prüfquoten durch ein System der Stichprobenprüfung ersetzt werden soll. Ein Nebeneinander von Einzelfall- und Stichprobenprüfung wäre schon aus systematischen Gründen abzulehnen.

Schon im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum KHVVG hat die DKG – gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband – die Ersetzung des bestehenden Systems der Einzelfallprüfung durch eine Stichprobenprüfung abgelehnt. Die konkrete Ausgestaltung eines Stichprobenprüfverfahrens beinhaltet eine Vielzahl von inhaltlichen, rechtlichen und auch prozessualen Unwägbarkeiten. Insbesondere die beabsichtigte Hochrechnung der Stichprobenergebnisse auf 100 % ist höchst problematisch, da eine solche Hochrechnung zu einem verzerrten Bild der tatsächlichen Qualität der Abrechnung der Krankenhäuser führt. Jeder streitige Einzelfall findet durch die erfolgende Hochrechnung in der Ermittlung des Gesamtergebnisses überproportionale Berücksichtigung, was erhebliche finanzielle Risiken für die Krankenhäuser beinhaltet, die so weit gehen können, dass Krankenhäuser durch die Stichprobenprüfung nicht nur im Ergebnis stärker belastet werden als durch die bisherige Einzelfallprüfung, sondern sogar akut von der Insolvenz bedroht sind.

Zudem ist unklar, ob ein System der Stichprobenprüfung tatsächlich zu einer Reduzierung des finanziellen und bürokratischen Aufwandes der Abrechnungsprüfung führt. Der besondere Beitrag zur Entbürokratisierung, den eine Stichprobenprüfung, verbunden mit einem umfassenden Wechsel des Prüfregimes und dem Aufbau neuer Datenwege, leisten könnte, erschließt sich nicht. Stichprobenprüfungen haben sich im Abrechnungsbereich in der Vergangenheit bereits mehrfach als untauglich erwiesen und sind aufgehoben worden, insbesondere weil sie real keine bürokratieentlastende und aufwandsreduzierende Wirkung hatten. Eine solche Wirkung wird die Einführung einer Stichprobenprüfung auch jetzt nicht haben, da viele, aktuell diskutierte Streitfragen in einem System der Stichprobenprüfung bestehen bleiben werden. Denn diese Fragen beruhen – unabhängig von der Ausgestaltung des Prüfregimes – auf der kleinteiligen Auslegung bestehender Abrechnungsbestimmungen. Vielmehr müssten für einen erneuten Systemwechsel zunächst neue Strukturen aufgebaut und neue Prozesse implementiert werden, was den finanziellen und bürokratischen Aufwand der Krankenhäuser zunächst sogar erhöht.

Hilfsweise wird für den Fall, dass entgegen der oben aufgezeigten Argumente dennoch an der Einführung eines Systems der Stichprobenprüfung festgehalten werden soll, darauf hingewiesen, dass das bisherige System der Einzelfallprüfung nicht sofort durch das System der Stichprobenprüfung ersetzt werden kann. Zunächst müsste im Rahmen eines Modellversuches die Möglichkeit untersucht werden, ob das Stichprobenverfahren nachweislich verwertbare Ergebnisse liefert und die in sie gesetzten Erwartungen einer Reduzierung von Bürokratie und Aufwand erfüllt, ohne die Krankenhäuser unkalkulierbaren finanziellen Risiken auszusetzen. Dies könnte im Rahmen eines Optionsmodells erfolgen.

12) Investitionen

Sondervermögen Infrastruktur

„Deutschland braucht deshalb einen Booster bei der Infrastruktur. Das betrifft Krankenhäuser und Schulen ebenso wie Brücken und Schienen. […] Die Schaffung eines 500 Milliarden Euro starken Sondervermögens für Infrastruktur und Klimaneutralität soll eine entscheidende Weichenstellung für eine langfristige, positive wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung Deutschlands sein. Sanieren, Bauen, Zukunft gestalten, das ist das Gebot der Stunde. Unser Ziel ist es, durch eine moderne intakte Infrastruktur eine deutliche Steigerung von Wachstum und Wertschöpfung in Deutschland zu erreichen.“ (Z. 1651-1660)

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die Krankenhäuser hier explizit einbezogen sind und somit die hohe Bedeutung der Krankenhäuser für die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung Deutschlands anerkannt wird.

Energetische Sanierung und Digitalisierung

„Wir investieren in die energetische Sanierung und Digitalisierung für die Krankenhaus-, Hochschulklinik- und Pflegeinfrastruktur.“ (Z. 3574-3575)

Ebenfalls ausdrücklich begrüßt wird, dass zusätzliche Investitionen in die energetische Sanierung und Digitalisierung der Infrastruktur von Krankenhäusern, Hochschulkliniken und Pflegeeinrichtungen vorgesehen sind. Dies kann am besten über zielgerichtete, zweckgebunden und zugleich bürokratiearme Förderprogramme erreicht werden.
Die DKG hatte die Finanzierung der Digitalisierung immer wieder gefordert. Sämtliche mit der Digitalisierung verbundenen Betriebs- und Investitionskosten müssen dauerhaft finanziert sein. Zur Finanzierung der Betriebskosten sollte ein dauerhafter Digitalisierungszuschlag in Höhe von mindestens 2 % auf jede Krankenhausrechnung eingeführt werden. Eine solche Finanzierung kann sich auch nach Vorschlägen der DKG an dem Reifegrad des Digitalradars orientieren. Bei einem positiven Anreizsystem für die Finanzierung der Digitalisierung nach Reifegrad könnte auf den negativen Anreiz der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung verzichtet werden. Anderenfalls gäbe es eine Doppeldokumentation, welche die Koalition künftig vermeiden will (Z. 3523).

Gleichwertige Lebensverhältnisse

„Besonders wichtig ist, dass kurzfristig eine Soforthilfe für versorgungsnotwendige Krankenhäuser als Überbrückung bis zum Inkrafttreten der Krankenhausreform geschaffen wird.“ (Z. 3676-3677)

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die Notwendigkeit von Soforthilfe als Überbrückung bis zum Wirksamwerden der Krankenhausreform anerkannt wird. Da alle Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag des Landes als versorgungsnotwendig zu betrachten sind, muss die Soforthilfe sehr kurzfristig über eine Anhebung der Landesbasisfallwerte und für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen über eine Anhebung des Gesamtbetrages umgesetzt werden. Die Soforthilfe muss mindestens einen Zeitraum abdecken, bis die Strukturreformen zu einer entsprechenden Entlastung der Krankenhäuser führen.

13) GKV-Finanzen

Stabilisierung der Beitragssätze

„Die Einnahmeentwicklung bleibt deutlich hinter der Entwicklung der Ausgaben zurück. Die Beitragssätze steigen. Ziel ist es, die Finanzsituation zu stabilisieren und eine weitere Belastung für die Beitragszahlerinnen und -zahler zu vermeiden. Hierzu setzen wir auf ein Gesamtpaket aus strukturellen Anpassungen und kurzfristigen Maßnahmen. Ziel ist es, die seit Jahren steigende Ausgabendynamik zu stoppen und die strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen zu schließen. […] Für diese Aufgabe werden wir eine Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern einrichten. Wir wollen, dass die Kommission die gesundheitspolitischen Vorhaben dieses Koalitionsvertrags in der Gesamtwirkung betrachtet und bis zum Frühjahr 2027 Ableitungen trifft und konkrete weitere Maßnahmen vorschlägt.“ (Z. 3349-3361)

Das Ziel der Stabilisierung der Beitragssätze zur Entlastung der Beitragszahlenden wird von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Gleichzeitig greift der Rückschluss auf eine seit Jahren steigende Ausgabendynamik, zumindest für den Bereich der Krankenhausversorgung, zu kurz. Deutschland weist im europäischen Vergleich weder unverhältnismäßig steigende Gesundheitsausgaben noch unverhältnismäßig hohe Ausgaben für Krankenhäuser auf.

Das Gegenteil ist der Fall, wie das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) in einer Studie zu den Gesundheits- und Krankenhausausgaben im europäischen Vergleich aufzeigt: Fast alle vergleichbaren westeuropäischen Länder geben, gemessen an ihrem BIP, deutlich mehr für die Krankenhausversorgung aus. Der Anteil der Krankenhausausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben ist mit etwa 25 % weitaus niedriger als in vergleichbaren europäischen Nachbarstaaten. In kaum einer der anderen europäischen Industrienationen liegen die durchschnittlichen stationären Fallkosten so niedrig wie in Deutschland. Auch sind die deutschen Gesundheitsausgaben insgesamt zuletzt nicht stärker gestiegen als in den meisten der europäischen Nachbarländer. Der seit dem Jahr 2017 beschleunigte Anstieg der Gesundheitsausgaben am BIP geht ganz überwiegend nicht auf das Konto überproportional steigender Gesundheitsausgaben, sondern ist auf die unterproportionale Entwicklung der deutschen Wirtschaft insbesondere seit der Corona-Pandemie zurückzuführen. Budget- oder Leistungskürzungen unter dem Deckmantel der Beitragssatzstabilität sind daher nicht hinzunehmen. Hierzu braucht es andere, neue Lösungen, an denen die DKG gerne bereit ist, im Rahmen der einzurichtenden Kommission konstruktiv mitzuwirken.

14) Krisenfeste Versorgung/Resilienz

Gesetzliche Rahmenbedingungen im Zivilschutz- sowie Verteidigungs- und Bündnisfall

„Wir schaffen gesetzliche Rahmenbedingen für den Gesundheitssektor und den Rettungsdienst im Zivilschutz- sowie Verteidigungs- und Bündnisfall mit abgestimmter Koordinierung und eindeutigen Zuständigkeiten.“ (Z. 3572-3574)

Alle Maßnahmen zur Gewährleistung von Informationssicherheit und Resilienz müssen so umgesetzt werden, dass sie die Anforderungen an eine gute medizinische Versorgung in den Vordergrund stellen. Krankenhäuser müssen bei zentralen Fragestellungen, die zur Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen nötig sind, eingebunden werden (z. B. Erwartungen an ein medizinisches Versorgungsniveau der Krankenhäuser). Bestehende Strukturen insbesondere des Katastrophenschutzes sind bei der Bildung von Rahmenbedingungen für den Zivilschutz zu berücksichtigen. Denkbare Transformationsprozesse können nur mit Einbeziehung bestehender Erfahrungen und Strukturen verantwortungsvoll und zeitnah erfolgen. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) muss die notwendigen Ressourcen erhalten, um der enorm gestiegenen Verantwortung als zuständige Behörde auf Bundesebene gerecht werden zu können. Die Resilienzgesetzgebung (KRITIS-DachG) muss mit den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Zivilschutz synchronisiert und Zuständigkeiten müssen mit Blick auf die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, unsere kritischen Infrastrukturen bestmöglich zu schützen, besser und enger miteinander verzahnt werden.

IT-Sicherheit

„Die Resilienz unseres Landes stärken wir, indem wir die IT-Sicherheit verbessern, besonders bei kritischen Infrastrukturen, und robuste Wertschöpfungsketten aufbauen (unter anderem in der Chip- und Halbleitertechnik). Fähigkeiten und Produkte mit dem Ziel, Schutz im Cyberraum zu gewährleisten, gelten als Schlüsseltechnologien. Wir investieren in IT-Sicherheits- und anwendungsorientierte Resilienzforschung. Die öffentliche IT-Sicherheit wird durch Notfallmanagement und präventive Beratungsangebote für kleine und mittlere Unternehmen verbessert.“ (Z. 2185-2190)

Die Verbesserung der IT-Sicherheit wird begrüßt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat den branchenspezifischen Sicherheitsstandard entwickelt und damit angemessene Vorkehrungen für den Krankenhaussektor definiert. Diese Vorkehrungen müssen aber auch finanziert werden. Die künftige Regierung hat dies erkannt und sieht eine Investition in die Digitalisierung vor (Z. 3574-3575). Dies muss auch die durchgängige Finanzierung der Vorkehrungen zur IT-Sicherheit umfassen, die mit zunehmender Digitalisierung wichtiger und aufwändiger werden.

15) Auswirkungen der Corona-Pandemie

Aufarbeitung der Corona-Pandemie

„Wir werden die Corona-Pandemie umfassend im Rahmen einer Enquete-Kommission aufarbeiten, insbesondere um daraus Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse abzuleiten.“ (Z. 3566-3567)

Eine Aufarbeitung der Corona-Pandemie ist grundsätzlich trotz des erheblichen Zeitverzugs wünschens- und unterstützenswert. Sinnvoll wäre jedoch, die erlangten Erkenntnisse auch auf andere, zukünftige Krisen anzuwenden (z. B. Extremwetterfolgen, Krieg) und nicht lediglich auf „zukünftige pandemische Ereignisse“ zu beschränken. Zudem sind auch die weiterhin bestehenden Folgen der Corona-Pandemie, zum Beispiel bei der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, in den Blick zu nehmen.

Long COVID

„Wir fördern Forschung zu […] postinfektiösen Erkrankungen (Long COVID, ME/CFS und PostVac).“ (Z. 2537-2538)

Das Vorhaben wird ausdrücklich begrüßt. Im Kontext seiner Initiative Long COVID hat das BMG in den vergangenen Jahren bereits zahlreiche wissenschaftliche Projekte und Maßnahmen angestoßen, die unter anderem auf dem kürzlich stattgefundenen fünften „Runden Tisch“ am 31.03.2025 insbesondere auch mit Blick auf die versorgungsnahe Forschung vorgestellt wurden. Im Sinne der Nachhaltigkeit wäre es wünschenswert, eine kontinuierliche Fortführung der Initiative Long COVID und der damit verbundenen wissenschaftlichen Projekte zu gewährleisten sowie die Unterstützung und Finanzierung darauf aufbauender, weiterführender Forschung anzuschließen.

Zukünftige Förderung sollte dabei sämtliche Forschungsbereiche von der Grundlagenforschung, Epidemiologie, der klinischen bis hin zur Versorgungsforschung berücksichtigen, was angesichts der Risiken chronischer, schwerer Verläufe postinfektiöser Erkrankungen bei bislang noch großen Wissenslücken und limitierten Behandlungsmöglichkeiten geboten ist, um dem Leid der Betroffenen und Angehörigen als auch den gesellschaftlichen Konsequenzen, wie etwa durch mangelnde Beschulung von Kindern und langwierige Arbeitsunfähigkeit von Erwachsenen, zu begegnen. Krankenhäuser sind hier maßgebliche Akteure, sei es durch Bereitstellung von Forschungsinfrastruktur oder durch das Angebot spezialisierter Ambulanzen. Die Politik ist aufgefordert, den Erhalt und Ausbau dieser spezialisierten Versorgungsstrukturen eng im Blick zu behalten.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

FAIR

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG