

# Faire Rahmenbedingungen für Deutschlands Krankenhäuser

---

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)  
für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages



# *Inhaltsverzeichnis*

---

<b>Lage, Herausforderungen und Handlungsbedarf</b>	5
<b>I. Krankenhäuser sichern die flächendeckende medizinische Versorgung</b>	13
<b>II. Faire Krankenhausfinanzierung</b>	17
<b>III. Qualifiziertes Personal sichern</b>	19
<b>IV. Qualität fördern</b>	23
<b>V. Bürokratie abbauen</b>	25
<b>VI. Weiterer Handlungsbedarf</b>	27
<b>VII. Krankenhäuser in Zahlen</b>	29

*Herausgeber* Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)  
*Anschrift* Postfach 12 05 55  
10595 Berlin  
*Hausanschrift* Wegelystraße 3  
10623 Berlin  
T +49.30.398 01-0  
F +49.30.398 01-30 00  
E-Mail: [dkgmailto@dkgev.de](mailto:dkgmailto@dkgev.de)  
*Internet* [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)  
*Gestaltung* Eat, Sleep + Design  
*Herstellung* Konrad Tritsch Print und digitale Medien GmbH  
*Redaktionsschluss* Juni 2013  
*Druck* Juni 2013

## *Lage, Herausforderungen und Handlungsbedarf*

Rund um die Uhr, 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr sichern die Krankenhäuser die Versorgung ihrer Patienten. Jährlich erhalten 38 Millionen Bürgerinnen und Bürger stationär oder ambulant lebensrettende medizinische Versorgung bei akuten Beschwerden, chronischen Leiden bis hin zu schweren Unfällen. Die Krankenhäuser haben einen wichtigen Stellenwert in der Bekämpfung von Epidemien. In öffentlicher, gemeinnütziger und privater Trägerschaft sichern sie allen Bürgern in Deutschland den Zugang zu medizinischer Versorgung auf international hohem Niveau und zum medizinischen Fortschritt, unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit oder vom Wohnort. Diesem Anspruch wollen die Krankenhäuser auch in Zukunft gerecht werden.

2.045 Krankenhäuser mit über 1,1 Millionen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, einem Gesamtumsatzvolumen von über 83 Milliarden Euro und einem Anteil von 3,2 Prozent am Bruttoinlandsprodukt sind auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor. Mit 50 Milliarden Euro allein für Personal generieren die Krankenhäuser Einkommen für viele Millionen Haushalte und Milliardenbeiträge für die Systeme der sozialen Sicherung. Das Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotenzial kommt der gesamten Bevölkerung unmittelbar zugute und muss künftig stärker gefördert werden.

Die Gesundheitspolitik der 17. Legislaturperiode hat den Krankenhäusern zunächst große *Belastungen* auferlegt:

- Die ohnehin zu niedrige Grundlohnrate wurde für die Jahre 2011 und 2012 abgesenkt; gleichzeitig wurden Mehrleistungsabschläge eingeführt. Insgesamt belastet dies die Krankenhäuser bis 2013 mit rund 1,5 Milliarden Euro.
- Auch mit den Kostendämpfungsgesetzen im Pharmabereich wurden die Krankenhäuser belastet.
- Der noch in der 16. Legislaturperiode gesetzlich für 2010 versprochene Kostenorientierungswert wurde zwei Jahre ausgesetzt und in der Umsetzung für 2013 nicht von der Grundlohnrate entkoppelt.
- Das neue Psych-Entgeltsystem wurde gegen die fundierten Argumente der psychiatrischen Fachwelt und der betroffenen Krankenhäuser per Verordnung vorgegeben.
- Die ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen der Krankenhäuser für Krebspatienten werden durch das Versorgungsstrukturgesetz beschnitten.

Allerdings fanden auch *Entlastungen* und positive *Weiterentwicklungen* statt:

- Mit den für 2012 bis 2013 gewährten Tarifhilfen und Versorgungszuschlägen werden die ursprünglichen Belastungen mit rund einer Milliarde Euro kompensiert. Zugleich wurde das Zeichen gesetzt, dass die doppelte Degression nicht länger fortgeführt werden soll.
- Die neuen Ambulanzleistungen in der Psychosomatik und in der Geriatrie ermöglichen eine verbesserte, wohnortnahe Versorgung der Patienten.
- Auch die Einbeziehung von Vertragsärzten bei der Erbringung der stationären Leistungen wurde durch entsprechende gesetzliche Klarstellungen auf eine gesicherte Grundlage gestellt.
- Die Regelungen für die Bewertung von Innovationen in der stationären Versorgung wurden durch die neuen Erprobungsregelungen verbessert.
- Die Weiterentwicklung der Krankenhausrechnungsprüfungen bietet die Chance, die Streitanzahl des Prüfverfahrens zu reduzieren.

Ungelöst geblieben ist das Problem der unzureichenden Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Bundesländer. Die vor diesem Hintergrund von Bund und Ländern vorgetragene gegenseitigen Schuldzuweisungen belasten die Krankenhäuser und müssen aufhören. Eine Klärung des Problems durch Bund und Länder ist zwingend erforderlich und muss zeitnah erfolgen.

Die Krankenhäuser bekennen sich zum DRG-Fallpauschalensystem und befürworten dessen positive Effekte auf die Transparenz und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Doch weist das System auch Schwächen auf. Insbesondere die gesetzlichen Vorgaben zur Vereinbarung der Landesbasisfallwerte (Preisfindungsmechanismus) müssen zeitnah grundlegend geändert werden. Die Leistungsentwicklung darf nicht länger zu einer Minderung der Krankenhausvergütungen auf Landesebene führen.

Die systemischen Unzulänglichkeiten des Krankenhausfinanzierungssystems waren im Herbst 2012 sowie im Mai 2013 auch für die Bundesländer Anlass, über die Parteigrenzen hinweg eine Verbesserung der Finanzierungsbedingungen für die Krankenhäuser einzufordern.

Insgesamt ist mit Sorge festzustellen, dass die Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Sicherung und Weiterentwicklung ihrer Leistungsfähigkeit unter den gegebenen Rahmen-

bedingungen sehr erschwert sind. Bereits in 2012 ist die Zahl der Krankenhäuser, die keine positiven Ergebnisse erzielen können, wieder deutlich gestiegen. In das letzte Jahr der 17. Legislaturperiode gingen deutlich mehr Krankenhäuser mit noch schlechteren und sorgenvollen Erwartungen.

Die vorrangigen *Herausforderungen* der Krankenhäuser sind:

- Die Absicherung der wirtschaftlichen und finanziellen Leistungsfähigkeit für die Aufrechterhaltung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der flächendeckenden Versorgung.
- Die Weiterentwicklung der Qualität und Sicherheit und insbesondere die Begrenzung von Infektionsrisiken als das zentrale medizinische patientenorientierte Ziel.
- Die Bewältigung des Personalmangels und die Sicherung des ärztlichen, pflegerischen und medizinischen Fachpersonals als höchstprioritäre Aufgabe der Zukunftssicherung.

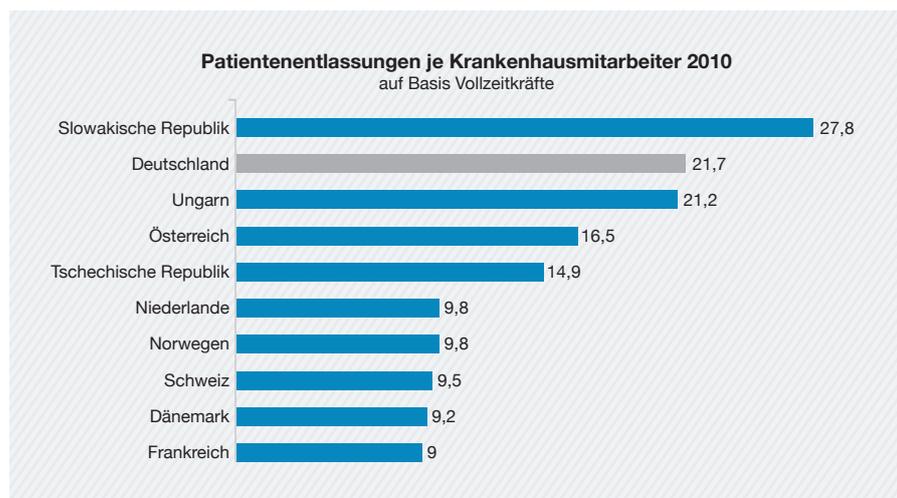
Die Krankenhäuser müssen sich seit Jahren einschneidenden Veränderungen stellen, die sich aus den restriktiven Finanzierungsbedingungen bei den Betriebskosten und Investitionen ergeben. Sie stehen in einem zunehmend intensiven Wettbewerb und müssen mit der rasanten Entwicklung der Medizin Schritt halten. Sie erfüllen Transparenz- und Qualitätsanforderungen, die weit über die übrigen Bereiche des Gesundheitswesens hinausgehen und weltweit ihresgleichen suchen.

Bundesweit optimieren die Krankenhäuser ihre Leistungsstrukturen durch Aufgabenteilung, Kooperationen und Fusionen, sodass die Zahl der Krankenhäuser weiter rückläufig ist: minus 8,7 Prozent in den letzten zehn Jahren. Die Krankenhäuser stellen sich zugleich auf den vom Statistischen Bundesamt prognostizierten langfristig steigenden Versorgungsbedarf ein. Die Krankenhäuser orientieren sich dabei am Leitbild des regionalen Gesundheitszentrums, das die flächendeckende familiennahe stationäre Versorgung sicherstellt und ambulante Leistungen, insbesondere die ambulante Notfallversorgung, gewährleistet. Die flächendeckende Erreichbarkeit von Krankenhäusern ist ein Qualitätsmerkmal der medizinischen Versorgung in Deutschland. Wenn in einzelnen Regionen noch Strukturanpassungen möglich sind, darf das nicht als Rechtfertigung dafür dienen, mit einer fortgesetzt unzureichenden Regelfinanzierung der gesamten Versorgung die finanzielle Basis zu entziehen.

## Hohe Kosteneffizienz und Leistungsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser im internationalen Vergleich



Quelle: OECD Health Data 2012



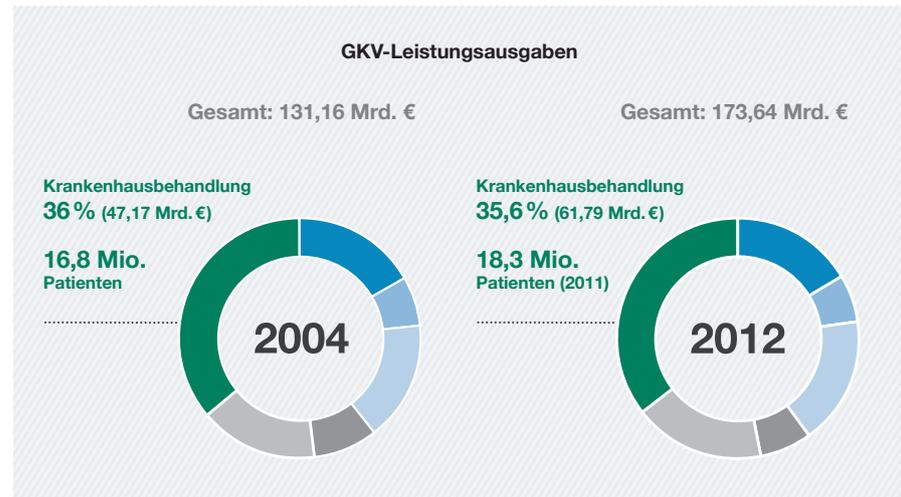
Quelle: OECD Health Data 2012

Die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und die Morbiditätsentwicklung führen zu steigenden Leistungsanforderungen an die Krankenhäuser. Jahr für Jahr vereinbaren die Krankenkassen zur Sicherstellung des erwarteten Versorgungsbedarfes ihrer Versicherten steigende Leistungszahlen mit Krankenhäusern in den Regionen. Anstelle unbegründeter pauschaler Vorwürfe ist eine faire, sachliche Diskussion über die künftigen Leistungsstrukturen zu führen. *Die Krankenhäuser appellieren* deshalb an die Politik:

- Die Diskussion über die medizinische Leistungsentwicklung auf Grundlage seriöser Versorgungsanalysen zu führen. Dabei sind Defizite der komplementären ambulanten und pflegerischen Versorgung einzubeziehen.
- Die Weiterentwicklung der stationären Leistungsstrukturen als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe des Staates zu bewahren. Diese Aufgabe der Daseinsvorsorge gehört nicht in die Verantwortung von Krankenkassen, die im Wettbewerb untereinander stehen.
- Die Wahlfreiheit der Patienten, das vertrauliche Arzt-Patienten-Verhältnis, nicht den Selektionszielen einzelner Krankenkassen preiszugeben.

### Krankenhausbereich kein Problembereich der GKV:

*Konstanter Anteil der Krankenhausaussgaben, obwohl über 1,5 Millionen Patienten mehr behandelt wurden*



Quelle: BMG, gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln (KJ 1, KV 45)

Die krankenhaupolitischen Schwerpunkte der 18. Legislaturperiode sind damit vorgezeichnet. Die Gesundheitspolitik wird die Frage beantworten müssen, wie der steigende Behandlungsbedarf der Bevölkerung und dessen Finanzierung abgesichert werden können. Die Mitgliedsverbände der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben zu dieser und zu weiteren Fragen konkrete Erwartungen und die folgenden *Handlungsempfehlungen* beschlossen:

- Krankenhäuser brauchen eine faire Finanzierung. Unabwendbare Kosten müssen refinanziert werden. Die Kosten-Erlös-Schere muss geschlossen werden. Der zunehmende Behandlungsbedarf der Bevölkerung darf nicht länger zu Preisminderungen für alle Krankenhäuser führen. Grundsätzlich muss gelten: Ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus muss seine medizinischen Leistungen für die Bevölkerung über die regelhaften Preisanpassungen refinanzieren können!
- Die Krankenhausplanung ist eine staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge. Selektives Kontrahieren einzelner Kassen würde die flächendeckende Versorgung zerstören.
- Die Länder müssen ihrer Verantwortung für die Investitionsförderung wieder gerecht werden. Der Abbau des Investitionsstaus ist dringend erforderlich.

- Die Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen muss weiter vorangetrieben werden. Für ihre ambulanten Leistungen brauchen die Krankenhäuser stabile und gerechte Rahmenbedingungen.
- Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, Qualität und Sicherheit der Versorgung stetig weiter zu verbessern, müssen vom Rechts- und Finanzrahmen stärker unterstützt werden.
- Alle Patienten müssen am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben können. Innovationen dürfen nicht durch überzogene Überprüfungsbürokratie verhindert werden und sind fair zu vergüten.
- Krankenhäuser brauchen gesetzliche Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, attraktive Arbeitgeber zu sein und ihre qualifizierten Mitarbeiter zu fördern und zu motivieren. Dazu ist eine Refinanzierung der Tarfkosten unabdingbar notwendig.
- Unnötige Bürokratie muss abgebaut werden, damit mehr Zeit für die Versorgung der Patienten bleibt.

Die Krankenhäuser werden sich auch in der 18. Legislaturperiode konstruktiv in die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Ärzten, Kliniken und Krankenkassen einbringen und ein verlässlicher Partner der Politik sein, um die anstehenden Herausforderungen gemeinsam zu bewältigen.



Alfred Dänzer  
Präsident  
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.



Georg Baum  
Hauptgeschäftsführer  
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

## *Die Krankenhäuser brauchen*

12

- 🏠 *weniger Bürokratie und mehr Zeit für Patienten.*
- 🏠 *eine gesicherte Regelvergütung für Personal- und Sachkosten.*
- 🏠 *Festpreise und keine rabattierte Medizin.*
- 🏠 *keine Absenkung der Vergütung bei steigender Morbidität.*
- 🏠 *mehr und verlässliche Investitionsmittel.*
- 🏠 *bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze, modernes Personalmanagement und die Überwindung des Ärzte- und Pflegepersonalmangels.*
- 🏠 *Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den Patienten dienen.*
- 🏠 *offene Zugangsbedingungen für den medizinischen Fortschritt.*
- 🏠 *die Beseitigung von Hürden bei ambulanten Leistungen.*

# I. Krankenhäuser sichern die flächendeckende medizinische Versorgung

## Stationäre Versorgung sichern

Die Krankenhäuser stellen die wohnortnahe und flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Dabei stehen sie in einem Wettbewerb um die beste Qualität. Die Trägervielfalt ist dabei von zentraler Bedeutung.

Die flächendeckende Krankenhausversorgung ist ein elementarer Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge. Deshalb muss die Zulassung der Krankenhäuser auch in Zukunft durch die Länder erfolgen und darf nicht den im Wettbewerb stehenden Krankenkassen überlassen werden.

Die Umsetzung der Forderung von Krankenkassenverbänden, Krankenhausleistungen und deren Vergütung über ein System aus Selektiv- und Rabattverträgen zu steuern, hätte gravierende negative Auswirkungen: Die Qualität der Versorgung und deren flächendeckende Sicherstellung würden gefährdet, die Wahlfreiheit der Patienten massiv eingeschränkt. Das Grundprinzip des Festpreissystems darf daher nicht infrage gestellt werden.

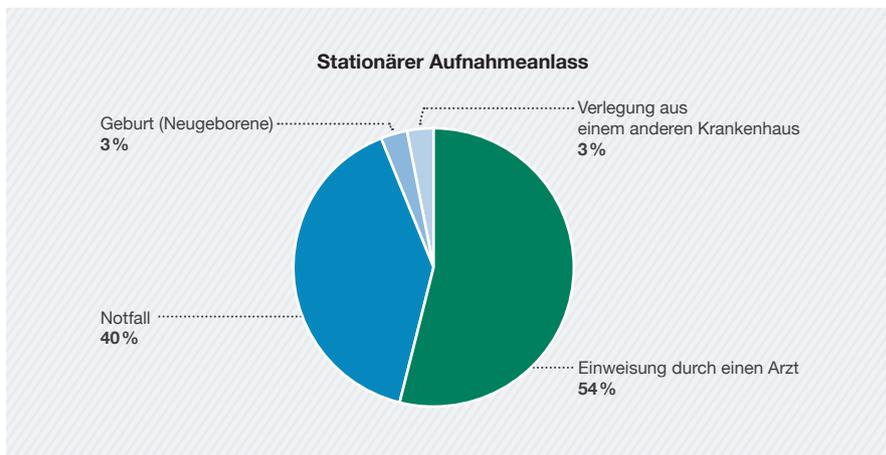
Trägervielfalt sichern

Krankenhausplanung ist Ländersache

Selektiv- und Rabattverträge nicht zulassen

Festpreissystem erhalten

## Krankenhäuser können die Fallzahlen nicht autonom steuern



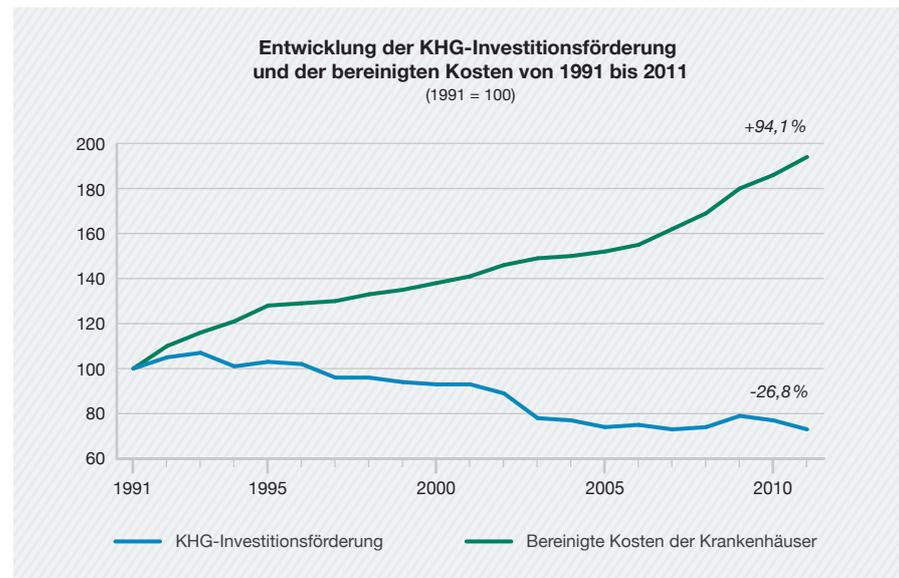
Quelle: DKI-Gutachten – Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case-Mix-Anstiegs in deutschen Krankenhäusern

Die Länder tragen neben der Krankenhausplanung auch die Verantwortung für die Investitionsförderung der Krankenhäuser. Das derzeitige Fördervolumen in Höhe von 2,7 Milliarden Euro wird dem mindestnotwendigen Volumen von sechs Milliarden Euro in keinsten Weise gerecht. Zudem muss der aufgelaufene Investitionsstau abgebaut werden. Ein „Nationaler Kraftakt“ unter Beteiligung des Bundes und der Länder ist erforderlich.

Investitionsförderung stärken

### Angemessene Investitionsfinanzierung ist nicht gewährleistet:

- Volkswirtschaftliche Investitionsquote: 18,2 %
- Krankenhaus-Investitionsquote: 4,4 %



Quellen: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

### Ambulante Versorgung weiterentwickeln

Auch die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wäre ohne das Mitwirken und die Expertise der Krankenhäuser nicht mehr flächendeckend zu gewährleisten. Die Krankenhäuser sichern bereits heute in vielen Regionen auch die ambulante Notfallversorgung rund um die Uhr.

#### Faire Rahmenbedingungen für die ambulante Krankenhausversorgung

Die Krankenhäuser brauchen stabile und faire Rahmenbedingungen für die Teilnahme an der ambulanten Versorgung. Klare gesetzliche Regelungen zur Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Notfallversorgung und eine faire Finanzierung dieser Leistungen sind notwendig. Die Krankenhäuser können nicht länger als Lückenbüßer in diesem Versorgungsbereich herhalten und zu einer defizitären Leistungserbringung gezwungen werden. Auch muss der Gesetzgeber eingreifen, wenn der Zugang des Patienten zur ambulant spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) eingeschränkt wird. Dies gilt im Besonderen für Krebspatienten.

Die Vergütung der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser bedarf wesentlicher Korrekturen. Der Investitionskostenabschlag bei Leistungen der ambulanten Versorgung muss zurückgenommen werden. Die Krankenhäuser erhalten für diese Leistungen keine staatliche Investitionsförderung. Längst überfällig sind die Einbeziehung der DKG als gleichberechtigtes Mitglied in den für die vertragsärztliche Versorgung zuständigen Bewertungsausschuss sowie die Aufnahme der Landeskrankenhausgesellschaften in die entsprechenden Gremien auf Landesebene.

**Gleichstellung bei der Vergütung ambulanter Leistungen**

Zur gleichberechtigten Teilnahme der Landeskrankenhausgesellschaften in den Landesgremien ist deren Aufnahme in den Kreis der direkt Nutzungsberechtigten der bei der Datenaufbereitungsstelle nach § 303d SGB V gespeicherten Daten zwingend erforderlich.

**Gleichberechtigte Datenbereitstellung**

## **Innovationen nicht behindern**

Zur flächendeckenden medizinischen Versorgung ist die Teilhabe aller Patienten am medizinisch-technischen Fortschritt unabdingbar. Der in Deutschland für alle Patienten ermöglichte frühe Zugang zu Innovationen ist ein hohes Gut und muss dauerhaft aufrechterhalten bleiben. Dazu brauchen die Krankenhäuser eine verlässlichere Finanzierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Außerdem muss der Verbotsvorbehalt für die stationäre Krankenhausbehandlung uneingeschränkt beibehalten werden: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen von den Krankenhäusern auch in Zukunft ohne vorherige Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden dürfen. Innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen nicht auf Referenzzentren beschränkt werden. Im Kontext der regulären Methodenbewertung nach § 137c SGB V können innovative Methoden in der Einführungsphase jedoch an die Erfüllung einer vorgegebenen Strukturqualität gebunden werden.

**Teilhabe aller Patienten am medizinischen Fortschritt**



## II. Faire Krankenhausfinanzierung

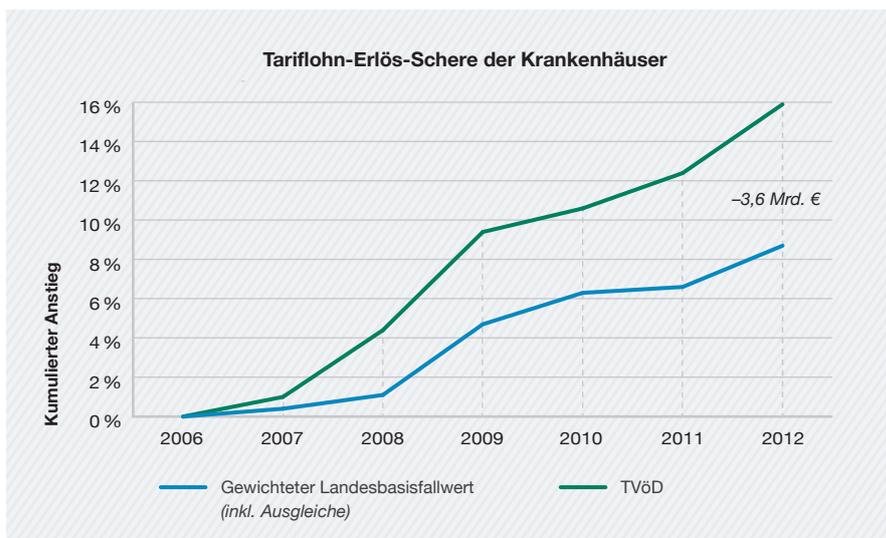
Der ordnungspolitische Rahmen für die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser bedarf dringend einer Weiterentwicklung. Die letzte Legislaturperiode war für die Krankenhäuser stark von Kürzungsmaßnahmen geprägt. Die Krankenhäuser haben sehr zur Sanierung der Krankenkassen beigetragen und fordern nun vom Gesetzgeber eine faire Krankenhausfinanzierung.

*Ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus muss seine medizinischen Leistungen für die Bevölkerung über die regelhaften Preisanpassungen refinanzieren können!*

Die Fortsetzung der rigiden Deckelung der Preise führt in die Sackgasse von nicht mehr steuerbarem Rationalisierungsdruck mit Personalabbau, Personalüberlastung und Gefährdung des Qualitäts- und Leistungsniveaus unserer Krankenhäuser. Die Krankenhäuser brauchen einen verlässlichen Regelfinanzierungsmechanismus. Sie müssen in der Lage sein, Tariflohnsteigerungen zu refinanzieren. Daher fordern die Krankenhäuser, dass die Anbindung des Orientierungswertes an die Grundlohnrate aufgehoben wird. Zudem muss die schneidende Wirkung des Orientierungswertes als Obergrenze für die Landesbasisfallwertverhandlungen bei Personal- und Sachkostensteigerungen aufgegeben werden.

**Vollen Orientierungswert zulassen**

**Über Jahre steigen die Löhne schneller als die Krankenhausvergütung: Mit 8,7% Preiszuwachs können 15,9% Tariflohnanstieg nicht bezahlt werden**



Quellen: TVöD-Verhandlungsergebnisse 2006–2012, eigene Berechnungen

**Zunehmenden  
Versorgungsbedarf  
auskömmlich  
finanzieren**

Die Krankenhäuser sehen die Finanzierungsproblematik des wachsenden medizinischen Versorgungsbedarfes. Die Finanzierung der Mehrleistungen darf aber nicht länger zu einer Absenkung der Vergütungspreise für alle Krankenhäuser (Kollektivhaftung) führen. Eine doppelte Preisminderung – auf Orts- und Landesebene – bei Leistungsmengensteigerungen führt zu einer dauerhaften Unterfinanzierung des gesamten Systems. Die Morbiditätslast darf nicht den Krankenhäusern aufgeladen werden, sondern muss vollständig von den Krankenkassen getragen werden.

**Öffnungsklauseln im  
DRG-Vergütungssystem  
einführen**

Darüber hinaus brauchen die Krankenhäuser Öffnungsklauseln im DRG-Vergütungssystem für nicht sachgerecht vergütete Extremkostenfälle und nicht absehbare, neuartige oder seltene Ereignisse wie die EHEC-Krise oder Naturkatastrophen. Auch müssen die im Gesetz vorgesehenen Sicherstellungszuschläge für die Krankenhäuser erreichbar sein und dürfen nicht länger zulasten der Landesbasisfallwerte finanziert werden.

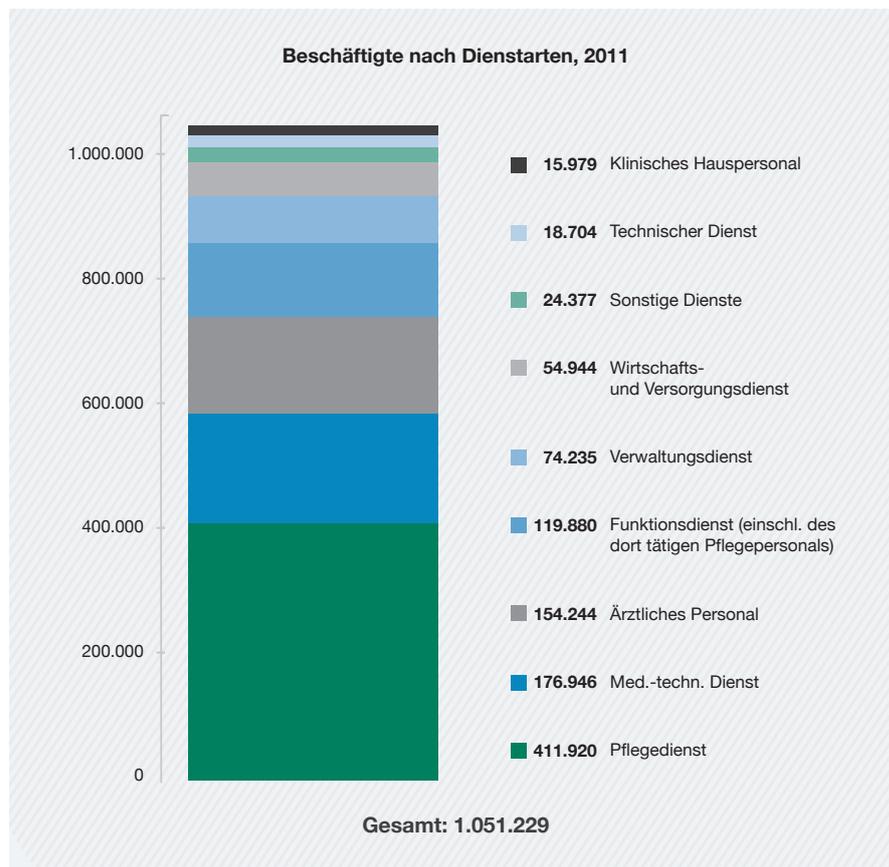
**Psych-Entgeltssystem  
ergebnisoffen weiter-  
entwickeln**

Die Einführung des neuen, leistungsorientierten Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik kann nur erfolgen, wenn die Leistungsbeschreibung und das Kalkulationsergebnis akzeptabel sind. Ansonsten muss das budgetorientierte Finanzierungssystem beibehalten bleiben. Der Weg in die leistungsorientierte Vergütung der sensiblen psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen muss umkehrbar sein!

### III. Qualifiziertes Personal sichern

Patientenversorgung bedeutet Dienstleistung am Menschen. Für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung brauchen die Krankenhäuser gut ausgebildetes und motiviertes Personal. Um auch in Zukunft attraktive Arbeitgeber sein zu können, haben die Krankenhäuser in den letzten Jahren vielfältige Initiativen ergriffen. Konzepte zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus nehmen dabei einen hohen Stellenwert ein. Familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, verbesserte Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Wiedereingliederungshilfen u. v. m. sind das positive Ergebnis dieser Initiativen.

#### Krankenhäuser sind in vielen Regionen der größte Arbeitgeber vor Ort



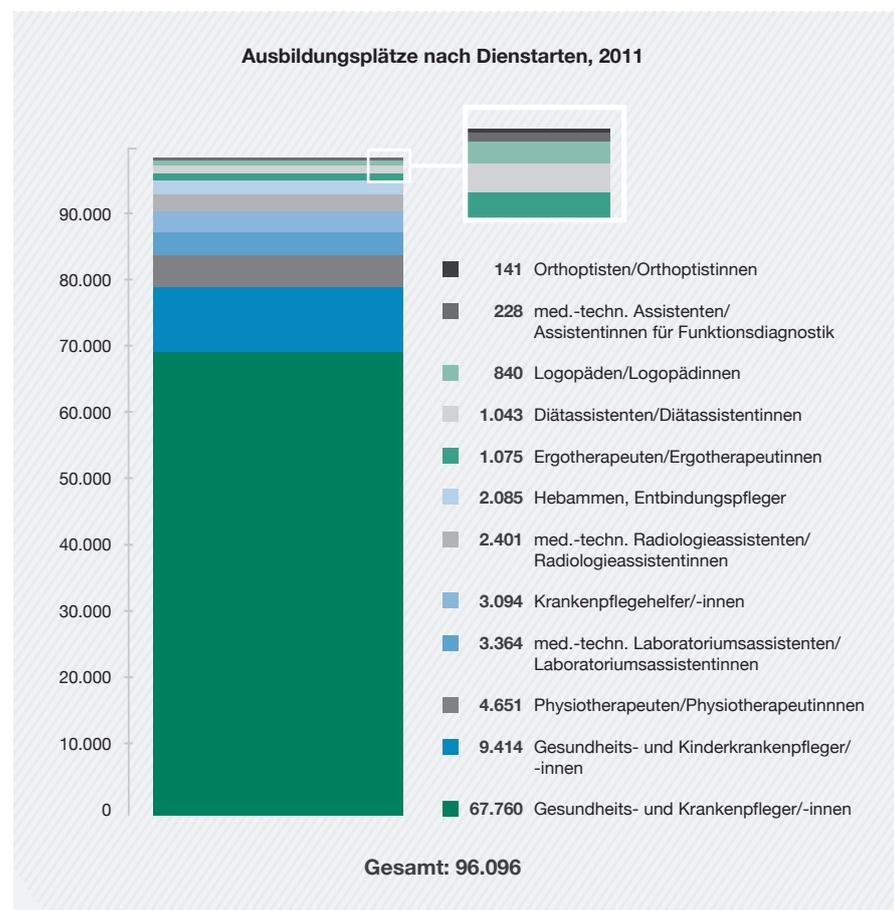
Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser

Ein wesentlicher Bestandteil für die Attraktivität der Gesundheitsberufe sind gut bezahlte Arbeitsplätze und gute Arbeitsbedingungen. Auch vor diesem Hintergrund benötigen die Krankenhäuser faire finanzielle Rahmenbedingungen.

**Krankenhäuser müssen  
attraktive Arbeitgeber  
bleiben können**

In ihren zahlreichen Aus- und Weiterbildungsstätten und mit der Entwicklung neuer Berufsbilder sorgen die Krankenhäuser dafür, dass dem gesamten deutschen Gesundheitswesen auch in Zukunft hoch qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Dennoch weitet sich der Fachkräftemangel immer weiter aus. Bereits heute sind viele Krankenhäuser auf die Akquise von qualifiziertem Personal aus dem Ausland angewiesen.

### Krankenhäuser bilden hoch qualifiziertes Personal für das gesamte Gesundheitswesen aus



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser

Die Ursachen des Fachkräftemangels sind so vielfältig wie die Ansätze zu dessen Abbau:

#### Bewährte Aus- und Weiterbildungsstrukturen sicherstellen

Erforderlich ist, die bewährten Aus- und Weiterbildungsstrukturen der Krankenhäuser sowie die erforderlichen Ressourcen zur Finanzierung erhöhter Studienkapazitäten sicherzustellen. Die qualitativ hochwertige Weiterbildung von Ärzten muss durch eine sachgerechte, *zusätzliche* Vergütung sichergestellt werden.

Überfällig ist auch eine Revision des EU-Arbeitszeitrechts.

Die ärztliche Tätigkeit muss auf originär ärztliche Aufgaben unter Nutzung von Delegation und Substitution fokussiert werden. Die Modellvorhaben zur Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten auf die Berufe der Kranken- und Altenpflege müssen erleichtert werden.

**Delegation und  
Substitution stärker  
nutzen**

Die generalistische Pflegeausbildung muss bei gleichzeitiger Sicherstellung der Ausbildungsfinanzierung weiterentwickelt werden. Der starke Praxisbezug mit Pflichteinsätzen in den Krankenhäusern im Rahmen der dualen Ausbildung muss erhalten bleiben. Aufgrund der multimorbiden Patientenklientel immer höheren Alters ist eine entsprechende Qualifikation des pflegerischen Personals zwingend erforderlich und muss sichergestellt werden können.

**Generalistische  
Pflegeausbildung  
weiterentwickeln**

**Ausbildungsfinanzierung  
sichern**

Die Berufe Operationstechnischer Assistent/Operationstechnische Assistentin (OTA) und Anästhesietechnischer Assistent/Anästhesietechnische Assistentin (ATA) sind durch ein Bundesgesetz – analog dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege – zu regeln. Die Finanzierung der OTA- und ATA-Ausbildung ist hierbei nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sicherzustellen.

**OTA- und ATA-Beruf  
durch Bundesgesetz  
regeln**



## IV. Qualität fördern

Die Qualität der medizinischen Leistungen zu sichern und Transparenz darüber herzustellen ist tägliche Praxis in den Krankenhäusern. In keinem anderen Leistungsbereich gibt es so umfassende Initiativen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Viele Kliniken unterziehen sich regelmäßig höchst anspruchsvollen Zertifizierungen. Umfangreiche Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung sind für alle Krankenhäuser obligatorisch. Jedes Jahr werden medizinische Behandlungsdaten von 3,6 Millionen Fällen ausgewertet. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für kontinuierliche Verbesserungen. Die Krankenhäuser bieten damit in bedeutenden Behandlungsbereichen einen Leistungsvergleich und Transparenz der Qualität.

### Die einrichtungsübergreifende stationäre Qualitätssicherung der deutschen Krankenhäuser ist einzigartig im internationalen Vergleich:

- Auswertung von 30 Leistungsbereichen
- Erfassung von 390 Qualitätsindikatoren
- Veröffentlichung von 289 Qualitätsindikatoren
- Erfassung der Daten von mehr als 1.761 Krankenhäusern
- Auswertung von mehr als 3,6 Millionen Fällen

Bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung muss im Mittelpunkt stehen, die Qualität der medizinischen Leistungen weiter zu verbessern. Die gesetzlichen Vorgaben zur externen Qualitätssicherung sollten dahin gehend überprüft werden, ob sie diesem Anspruch gerecht werden.

G-BA-Vorgaben zur Strukturqualität wirken sich teilweise auf die landesspezifischen Zulassungsbedingungen aus. Damit diese Vorgaben nicht zu einer Aushöhlung der Krankenhausplanung führen, muss die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auf Antrag des Krankenhauses über die Nichtanwendung der Vorgaben entscheiden können.

Vorgaben zu Mindestmengen dürfen nicht zu einem automatischen Ausschluss von der Berechtigung zur Leistungserbringung führen, wenn die gute Qualität der Leistungen auch ohne Erbringung einer Mindestmenge gewährleistet ist.

Höchsten Stellenwert für alle Krankenhäuser haben Präventionsmaßnahmen zur Infektionsvermeidung und zur Verbesserung der Krankenhaushygiene. In ihrem Kampf gegen Infektionen und Resistenzen brauchen die Krankenhäuser angesichts des enormen Aufwands jedoch auch die Unterstützung der Politik. So führen alleine die neuen Hygienevorgaben zu Mehrkosten (Personal und Ausbildung) von ca. 400 Millionen Euro pro Jahr. Diese zusätzlichen Kosten können die Krankenhäuser nicht alleine schultern. Das vom Bundestag im Juni 2013 beschlossene Hygieneprogramm ist daher ein Schritt in die richtige Richtung.

**Vorgaben zur externen Qualitätssicherung überprüfen**

**Krankenhausplanung nicht durch G-BA-Vorgaben aushöhlen**

**Mindestmengen nicht als automatisches Ausschlusskriterium anwenden**

**Umsetzung neuer Hygienevorgaben finanziell unterstützen**



## V. Bürokratie abbauen

Der Bürokratieaufwand der Krankenhäuser ist in den letzten Jahren enorm gestiegen. Die Einführung des Psych-Entgeltsystems hat zu zahlreichen neuen Dokumentationsverpflichtungen geführt. Auch die Qualitätssicherungsmaßnahmen führen zu hohem Dokumentations- und Personalaufwand in den Krankenhäusern. Die dafür benötigte Zeit fehlt am Ende für die Versorgung der Patienten. Die Krankenhäuser bekennen sich zur Sicherung der medizinischen Qualität, aber dennoch sollte jede neue Maßnahme auf die Vermeidung von zusätzlichem Aufwand geprüft werden, auch ist die Refinanzierung der damit verbundenen Kosten sicherzustellen. Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeleitete Bürokratiekostenerfassung nach dem Standardkostenmodell ist analog dem Vorgehen bei der Gesetzgebung zu erweitern. Nicht nur die direkten Bürokratiekosten, sondern der gesamte von den Richtlinien des G-BA verursachte Erfüllungsaufwand (einschließlich der Realisierung von neuen Struktur- und Prozessvorgaben etc.) muss vom G-BA zukünftig ausgewiesen werden.

Die Selbstverwaltungspartner im G-BA bemühen sich mit hohem Arbeits- und Ressourcenaufwand, die gesetzlichen Vorgaben zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung umzusetzen. In der Praxis zeigen sich jedoch insbesondere im Hinblick auf die sektorenübergreifende Erfassung der Patienten gravierende bürokratische Umsetzungshemmnisse, die eine Überprüfung der derzeitigen Regelungen erforderlich machen. Auch müssen die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen gewährleistet sein.

**Qualitätssicherungs-  
maßnahmen auf  
vermeidbaren  
Aufwand prüfen**

**Verbundene Kosten  
refinanzieren**

**Erfüllungsaufwand  
vollständig erfassen**

**Vorgaben zur  
sektorenübergreifenden  
Qualitätssicherung  
prüfen**



## VI. Weiterer Handlungsbedarf

---

Über die zuvor genannten Themenfelder hinaus besteht aus Sicht der Krankenhäuser weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf. Dringend erforderlich sind etwa Maßnahmen zur Beseitigung der zunehmenden Lieferengpässe von Arzneimitteln, ohne die es zu einer massiven Gefährdung der flächendeckenden medizinischen Versorgung kommen könnte.

**Arzneimittel-  
engpässe verhindern**

Ebenso notwendig ist eine Diskussion über die Sinnhaftigkeit der Anwendung der Fusionskontrolle auf Fusionen von Krankenhäusern bzw. die Aufnahme krankenhausspezifischer Regelungen in das Wettbewerbsrecht. Eine Kollision der Krankenhausplanung mit den Interessen des Wettbewerbsschutzes muss verhindert werden.

**Notwendige  
Krankenhaus-  
fusionen  
ermöglichen**

Weiterer Diskussions- und Handlungsbedarf ergibt sich unter anderem aus den massiv gestiegenen Haftpflichtprämien für Krankenhäuser und den hohen Belastungen der Krankenhäuser durch die EEG-Umlage. Solche zusätzlichen massiven Kostenbelastungen der Krankenhäuser müssen refinanzierbar sein.

**Sonderlasten müssen  
finanzierbar sein**



## VII. Krankenhäuser in Zahlen

- *Versorgungsleistungen mit einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt in Höhe von 3,2 Prozent*
- *Stärkster Leistungsbereich (35,6 Prozent der Leistungsausgaben) in der gesetzlichen Krankenversicherung*
- *83,4 Milliarden Euro Gesamtumsatz, darunter fast 62 Milliarden Euro Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung und 6,7 Milliarden Euro Mittel der privaten Krankenversicherungen*
- *2.045 Krankenhäuser*
- *502.029 Betten*
- *141,7 Millionen Belegungstage*
- *18,3 Millionen stationäre Patienten*
- *20 Millionen ambulante Patienten*
- *1,1 Millionen Mitarbeiter*
- *411.920 Pflegekräfte*
- *160.704 Krankenhausärzte*
- *6.460 Belegärzte*
- *Durchschnittliche Verweildauer von 7,7 Tagen*
- *1.187 Fallpauschalen*
- *155 Zusatzentgelte*





