

100-Tage-Sofortprogramm – Maßnahmen, die die neue Bundesregierung unmittelbar nach ihrer Vereidigung in Angriff nehmen muss

- Mit höchster Priorität ist ein **kurzfristig wirksamer struktureller Inflationsausgleich zur wirtschaftlichen Sicherung** bedarfsnotwendiger Krankenhäuser auf den Weg zu bringen. Dazu sind die Landesbasisfallwerte unterjährig zu erhöhen.

Die nachweisbare und allgemein nicht bestrittene systematische Unterfinanzierung der einzelnen Leistungen der Krankenhäuser über die bestehende Fallpauschalenvergütung muss sofort beendet werden. Nur so ist zu vermeiden, dass sich die aufgelaufenen Defizite des weit überwiegenden Teils der Krankenhäuser weiter vergrößern. Die Bundesregierung ist angehalten, der ihr gesetzlich obliegenden Pflicht zur wirtschaftlichen Sicherung der in den Krankenhausplänen ausgewiesenen Krankenhäuser ohne weitere Verzögerung nachzukommen. Eine auskömmliche und faire Finanzierung der Krankenhäuser ist für die Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich essenziell.

- Die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgesehene **Vorhaltefinanzierung ist unverzüglich auszusetzen und auf Basis von Auswirkungsanalysen neu zu bewerten.**

Ab sofort sollten keine weiteren Ressourcen mehr in die neue Finanzierungssystematik investiert werden. Die aktuelle Vorhaltefinanzierung erreicht keines ihrer Ziele, sondern löst im Gegenteil einen wesentlichen Komplexitäts- und Bürokratisierungsschub aus. Extrem problematisch sind auch die Wechselwirkungen mit der Krankenhausplanung. Die im Gesetz festgelegten engen Fristen für die Umsetzung der Vorhaltefinanzierung zwingen die Bundesländer in ein zeitliches Korsett für die Umsetzung ihrer neuen Krankenhausplanung, das seriös nicht eingehalten werden kann.

- Als **Übergangslösung bis zu einer Reform der Krankenhausfinanzierung** können die **bestehenden Instrumente** für eine „echte“ fallzahlunabhängige Strukturkostenfinanzierung genutzt und ausgebaut werden. Dies sind insbesondere der Notfallstufenzuschlag, der Sicherstellungszuschlag, der Zentrumszuschlag und die Methodik der Mehr- und Mindererlösausgleiche. Dazu sind zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen.

Die angeführten Instrumente waren bei der Einführung des Fallpauschalensystems genau für die Kosten vorgesehen, die nicht für eine Abbildung über fallbezogene Pauschalen geeignet sind und deren Finanzierung sich aus diesem Grund an anderen Kriterien orientieren sollte.

- **Alle Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen**, die den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren ohne jeglichen Mehrwert auferlegt wurden, **müssen konsequent abgeschafft werden.** Als Erstes sollten sämtliche höchst bürokratischen Maßnahmen aus der vorangegangenen Gesetzgebung zurückgenommen werden. Dies gilt insbesondere für die zusätzlichen Datenlieferpflichten gemäß § 21 Abs. 2 Ziffer 1f Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zum ärztlichen Personal nach Leistungsgruppen, für die keinerlei Nutzen stiftende ärztliche Personalbemessung sowie für die aufwendige und ins Leere laufende Vorhaltevergütung.
- **Bundeseinheitliche Planungsvorgaben nach dem Vorbild des NRW-Modells** sind mit ausreichenden und dauerhaften Öffnungsoptionen für die Länder durch die im Gesetz vorgesehene Rechtsverordnung des BMG nach §135e SGB V **auf den Weg zu bringen.** Alle aktuell über das NRW-Modell hinausgehenden Vorgaben (ausgeweitete Facharztvorgaben, neue Mindestvorhaltezahlen, Onkochirurgie-Verbotsliste, verschärfte Personal- und Strukturvorgaben, zusätzliche Leistungsgruppen etc.) müssen ausgesetzt und auf Basis von Auswirkungsanalysen neu bewertet werden.

- **Die Vorgaben zur Festlegung von Krankenhausstandorten, die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung unverzichtbar sind,** müssen neu getroffen werden und sich an der Definition ländlicher Räume orientieren (**Bevölkerungsdichte von 160 Einwohnern/km²**).
- **Die gesetzliche Festschreibung von Hybrid-DRG-Fallzahlen und die Absenkung von deren Vergütung auf AOP- bzw. EBM-Niveau sind zurückzunehmen.**

Diese Regelung gefährdet massiv die Patientensicherheit, da die Ausweitung erfolgen soll, ohne vorher die im Gesetz festgelegte Evaluierung der Auswirkungen der ersten Phase abzuwarten. Ohne Kenntnis der konkreten Definitionen, Abgrenzungen und Rahmenbedingungen ist es objektiv nicht möglich, eine konkrete Anzahl an betroffenen Fällen vorzugeben. Der Versuch der Umsetzung würde zu schwerwiegenden Problemen bis hin zur Unmöglichkeit der Erfüllung der Vorgaben insgesamt führen. Ganz abgesehen davon, dass es ganz offensichtlich unmöglich ist, die Anzahl der tatsächlichen Hybrid-DRG-Fälle vorherzusehen. Eine normative Absenkung der Vergütung auf AOP-Niveau führt zu massiven Erlösverlusten bei aufwendigen, komplexen und krankenhaushnahen Fällen und würde die bereits bestehende kritische wirtschaftliche Lage der meisten Krankenhäuser weiter verschärfen.

- **Die gesetzliche Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Mindestanforderungen an die Strukturqualität festzulegen, ist ersatzlos zu streichen.** Infolge der Einführung bundeseinheitlicher Leistungsgruppen zur Krankenhausplanung ist strikt zwischen Mindestvoraussetzungen für die Zuordnung von Leistungsgruppen und Qualitätsanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung zu unterscheiden. Der gesetzliche Auftrag an den G-BA, Mindestanforderungen an die Strukturqualität festzulegen, muss ersatzlos gestrichen werden. Die Formulierungen des neuen § 136 Abs. 4 SGB V sind unzureichend und machen den „Bock zum Gärtner“. Es ist zu erwarten, dass Widersprüche, Überlappungen, Redundanzen und damit enorme Bürokratie bestehen bleiben.
- **Der Bundes-Klinik-Atlas und die gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätsberichterstattung müssen kurzfristig ausgesetzt und komplett überarbeitet werden.** Die Fehlinformationen im Bundes-Klinik-Atlas sind gefährlich und können zur Steuerung der Patientinnen und Patienten in ein nicht am besten geeignetes Krankenhaus führen. Seine Darstellung als „lernendes System“ ist absolut inakzeptabel und rechtfertigt nicht, der Öffentlichkeit fehlerbehaftete Informationen zur Verfügung zu stellen. Daten und Informationen müssen von Anfang an hinreichend valide und eindeutig sein, um glaubwürdig in einem Transparenzverzeichnis dargestellt werden zu können und als verlässliche Informationsquelle für die Öffentlichkeit zu dienen. Die Zusammenfassung von unterschiedlichen Qualitätsinformationen in einem oder mehreren Indizes zur Bewertung von Qualität ist abzulehnen.
- **Die gesetzliche Definition von Krankenhausstandorten muss** entsprechend der Empfehlung der Regierungskommission **auf 5.000 Meter ausgeweitet werden.** Darüber hinaus müssen konkrete Ausnahmetatbestände gesetzlich definiert werden. Diese Anpassung steht im engen Zusammenhang mit den Voraussetzungen, die die Kliniken mit der Einführung der Leistungsgruppen zu erfüllen haben.
- Die Krankenhäuser müssen von den umfassenden Pflichten des **Lieferkettensorgfaltspflichtengesetzes** ausgenommen werden (Bereichsausnahme).
- Die von Karl Lauterbach berufene **Krankenhauskommission muss aufgelöst** und durch einen Dialog mit den verantwortlichen Vertreterinnen und Vertretern der Selbstverwaltung ersetzt werden.