

Patientenwohl und Daseinsvorsorge

POSITIONEN
der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags



Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Impressum

Herausgeber	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
Redaktion	Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Anschrift	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) Postfach 12 05 55 10595 Berlin Hausanschrift: Wegelystraße 3 10623 Berlin <i>Telefon:</i> +49.30.39 801 0 <i>Fax:</i> +49.30.39 801 30 00 <i>E-Mail:</i> pressestelle@dkgev.de <i>Internet:</i> www.dkgev.de
Gestaltung	Matt Blachny
Herstellung	Warlich Druck Meckenheim GmbH
Redaktionsschluss	7. März 2017
Druck	März 2017

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

INHALTSVERZEICHNIS

LAGE, HERAUSFORDERUNGEN UND HANDLUNGSBEDARF	5
I. POSITIONEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DIE 19. LEGISLATURPERIODE	11
1. Qualität stärken, Transparenz herstellen	11
2. Personal fördern, Fachkräftemangel begegnen	15
3. Mehr Zeit für den Patienten, Bürokratie abbauen	23
4. Investitionen nachhaltig finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen	25
5. Digitalisierung beschleunigen, E-Health ausbauen	27
6. Innovationen stärken, medizinischen Fortschritt gewährleisten	31
7. Krankenhausleistungen sachgerecht vergüten, Besonderheiten berücksichtigen	33
8. Letztverantwortung der Länder stärken, Versorgungsplanung dezentralisieren und regionalisieren	39
9. Ambulante Krankenhausversorgung ausbauen, Rahmenbedingungen fair ausgestalten	41
10. Gemeinsame Selbstverwaltung weiterentwickeln	44
11. Europa/International: Kosten für Behandlung ausländischer Patienten decken, Kompetenzverteilung wahren	45
II. PATIENTENWOHL UND DASEINSVORSORGE IN DER GESETZLICHEN UMSETZUNG	47
III. KRANKENHÄUSER IN ZAHLEN	48
Abbildungsverzeichnis	50

LAGE, HERAUSFORDERUNGEN UND HANDLUNGSBEDARF

Deutschlands Krankenhäuser versorgen jährlich 39 Millionen Patienten. Sieben Tage in der Woche, an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr. Die Patienten vertrauen den Krankenhäusern und erwarten jederzeit eine wohnortnahe, bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung. Sie erwarten, dass die Ärzte und Pflegekräfte gut ausgebildet sind und Zeit für sie haben. Sie möchten sich über Behandlungsmöglichkeiten und die Qualität der Leistungen leicht und verständlich informieren und setzen modern ausgestattete Patientenzimmer, Medizintechnik und Behandlungsräume sowie digitale Kommunikationswege als selbstverständlich voraus. Die Patienten wünschen sich die Versorgung aus einer Hand und ein reibungsloses Zusammenspiel von stationärer und ambulanter Behandlung.

Diese Bedürfnisse der Patienten werden die Krankenhäuser auch in den kommenden vier Jahren zur Grundlage ihres Handelns machen und aktiv dazu beitragen, dass die Patienten überall im Land ein Gesundheitssystem vorfinden, das ihnen schnell weiterhilft und in dem sie das Gefühl haben, aufgehoben zu sein. Gesundheit ist kein Gut wie jedes andere. Die Zukunft der stationären Versorgung ist deshalb ein wichtiger Teil der im Grundgesetz und in den Landesverfassungen garantierten Daseinsvorsorge für die gesamte Bevölkerung unseres Landes. Es geht um die Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im städtischen wie im ländlichen Raum. Wir wollen daran mitwirken, unser Gesundheitssystem, um das uns viele auf der Welt beneiden, am heutigen und zukünftigen Versorgungsbedarf der Menschen orientiert weiterzuentwickeln.

Der medizinische Versorgungsauftrag der Krankenhäuser geht über stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen am Behandlungsort Krankenhaus hinaus. Deutschlandweit stellen die Krankenhäuser ihre besondere, interdisziplinäre Fachexpertise immer häufiger auch auf telemedizinischem Weg bereit. Krankenhäuser wirken an der pflegerischen Versorgung durch Pflegeteams (z. B. SAPV) mit. Krankenhäuser sind das Rückgrat der flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Die Krankenhäuser leisten damit einen wichtigen Beitrag zum sozialen Frieden in unserem Land, weil jeder im Bedarfsfall den vollen Zugang zu einer medizinischen Versorgung hat. Dazu trägt auch bei, dass wir bislang keine nennenswerten Wartezeiten haben und Rationierung kein Thema ist. Die Krankenhäuser haben zudem eine zentrale Bedeutung als Teil der sozialen Infrastruktur. Ortsnahe Schulen, eine gute Verkehrsanbindung, der Anschluss an Glasfasernetze sind ebenso wichtige Infrastruktureinrichtungen wie eine gute medizinische Versorgung. Diese Einrichtungen können nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern bedingen sich gegenseitig.

Mit ihren 1,2 Millionen Beschäftigten, einem Anteil von 3,2 Prozent am Bruttoinlandsprodukt und einem Gesamtumsatz von rund 97 Milliarden Euro sind die Krankenhäuser ein bedeutender Wirtschaftsfaktor mit hohem Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotenzial. Sie sind ein gewichtiger Nachfrager nach Dienstleistungen und Handwerkerleistungen und oft der größte Arbeitgeber, gerade in ländlichen Regionen. Jeder 35. Erwerbstätige in Deutschland hat seinen Arbeitsplatz im Krankenhaus. Fast 96.000 junge Menschen werden aktuell in den Krankenhäusern in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen ausgebildet, die in den kommenden Jahren und Jahrzehnten dringend benötigt werden. Dies alles mit einer Trägervielfalt als Erfolgsgarant einer guten Krankenhausversorgung.

Deutschlands Krankenhausträger sind ihrer hohen Verantwortung für die Versorgung in der Vergangenheit in besonderem Maße gerecht geworden. Sei es bei der Versorgung von geflüchteten Menschen, bei der Übernahme von ambulanten Notfallpatienten und in vielen anderen Bereichen. Die Krankenhäuser tragen zudem die Hauptlast der medizinischen Versorgung in Fällen von Katastrophen oder Epidemien. Um im Ernstfall gewappnet zu sein, halten die Krankenhäuser permanent sowohl strukturelle als auch personelle Kapazitäten vor.

Die Krankenhäuser wollen dieser gesamtgesellschaftlichen Verantwortung auch in Zukunft gerecht werden können. Dazu brauchen sie zukunftsgerichtete rechtliche Rahmenbedingungen und eine konsistente ordnungspolitische Orientierung. Gesundheits- und Krankenhauspolitik müssen widerspruchsfreier werden:

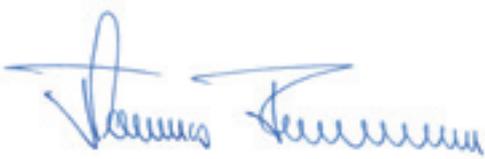
- Politik und Kostenträger fordern mehr Personal und mehr Zeit für die Patienten, behindern die Krankenhäuser aber mit immer neuen Bürokratielasten, die Zeit für die Patienten entziehen und Geld kosten.
- Es werden gut qualifizierte und gut entlohnte Arbeitsverhältnisse gefordert, die Mehrkosten von Tarifvereinbarungen aber nicht ausfinanziert.
- Es werden Entlastungen für die Mitarbeiter durch moderne Arbeitsbedingungen gefordert und höchste Ansprüche an Qualität und Patientensicherheit einschließlich Infektionsprophylaxe gestellt, die dafür erforderlichen Investitionsmittel aber nicht gewährt.
- Der Gesetzgeber gestaltet die Gesundheitsversorgung zunehmend wettbewerbsfähig und setzt die Krankenhäuser unter Wirtschaftlichkeitsdruck, lässt sie aber in dem so erzeugten Spannungsfeld von Ökonomie und Medizin allein und schafft damit den Nährboden für eine Misstrauenskultur der Kostenträger mit immer neuen Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen.
- Von den Krankenhäusern werden Leistungssteigerungen durch Spezialisierung und Zentrenbildung erwartet, Leistungszuwächse aber im Vergütungssystem diskriminiert.
- Die Politik erkennt die Hemmnisse für eine gute sektorenübergreifende medizinische Versorgung, ohne durchgreifende Konsequenzen in der Gesetzgebung zu ziehen.
- Bund und Länder betonen Nutzen und Chancen der Digitalisierung für die medizinische Versorgung, stellen den Krankenhäusern die dazu erforderlichen Investitionsmittel aber nicht bereit und lassen die Krankenhäuser an der telematischen ambulanten Versorgung nicht teilhaben.

Eine an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Gesundheitspolitik muss solche Widersprüche überwinden. Bürokratie, Misstrauenskultur, Gängelung, überzogene Kontrollen und Unterfinanzierung müssen ein Ende haben.

Die krankenhauspolitischen Schwerpunkte sind damit vorgezeichnet: Qualität erfordert Personal und moderne Infrastrukturen. Das Schwarzer-Peter-Spiel zwischen Bund und Ländern bei den Investitionen muss beendet werden. Die Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege müssen im Sinne der Patienten noch viel konsequenter abgebaut und gestaltet werden. Die Krankenhäuser müssen von überbordenden Bürokratielasten befreit werden.

Um die Versorgung der Menschen langfristig und flächendeckend auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern, müssen alle Beteiligten buchstäblich an einem Strang und in die gleiche Richtung ziehen. Damit das gelingt, müssen die Rahmenbedingungen für ein faires Miteinander deutlich verbessert werden. Die Mitgliedsverbände der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben dazu konkrete Positionen und Handlungsempfehlungen beschlossen.

Die Krankenhäuser werden sich auch in der 19. Legislaturperiode konstruktiv in die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung einbringen und ein verlässlicher Partner der Politik sein.



Landrat Thomas Reumann
Präsident
Deutsche Krankenhausgesellschaft



Georg Baum
Hauptgeschäftsführer
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Schwerpunkte:

- Qualität erfordert Personal, attraktive Arbeitsplätze und moderne, insbesondere auch digitale Infrastrukturen. Beides muss in vollem Umfang finanziert werden.
- Das Schwarzer-Peter-Spiel zwischen Bund und Ländern bei den Investitionen muss beendet werden.
- Bürokratie, Misstrauenskultur, Gängelung, überzogene Kontrollen und Unterfinanzierung müssen ein Ende haben.
- Die Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege müssen im Sinne der Patienten konsequent abgebaut werden.

I. POSITIONEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DIE 19. LEGISLATURPERIODE

1. Qualität stärken, Transparenz herstellen

Die Patienten erwarten von den Krankenhäusern eine medizinische Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau. Sie wünschen sich verständliche und leicht zugängliche Informationen. Für die Krankenhäuser haben die Qualität der Behandlung und Patientensicherheit höchsten Stellenwert. Es entspricht dem Selbstverständnis und der Selbstverpflichtung der Krankenhausträger, die Fürsorgepflicht für die ihnen anvertrauten Menschen in den Mittelpunkt ihres Tuns zu stellen. Die Qualität der medizinischen Leistungen wird vor allem über die Qualifikation, das Engagement und eine ausreichende Anzahl der Mitarbeiter in den Krankenhäusern gesichert. Darüber hinaus sind ausreichende Investitionsmittel zur Gewährleistung neuester medizinischer Infrastrukturen und moderner Bausubstanzen von zentraler Bedeutung. Hierauf müssen die einzelnen Instrumente der Qualitätssicherung aufgesetzt und weiterentwickelt werden.

Schon heute sind die Krankenhäuser in einem Ausmaß transparent, wie es für keinen anderen Bereich des deutschen Gesundheitswesens der Fall ist.

Abbildung 1: Qualitätsmaßnahmen der Krankenhäuser



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft

Qualität und Patientensicherheit haben für die Krankenhäuser die höchste Priorität.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden die Qualitätssicherungsinstrumente um planungsrelevante Qualitätsindikatoren, qualitätsorientierte Zu- und Abschläge, Qualitätsverträge und modifizierte Mindestmengenregelungen erweitert. Die Krankenhäuser arbeiten an der konkreten Umsetzung dieser Instrumente im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konstruktiv mit. Richtschnur dabei sind die Patientenorientierung und eine bürokratiearme Umsetzung.

Position:

- Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung, die dazu führen können, dass Krankenhäuser aus der Versorgung ausgeschlossen werden, müssen fair ausgestaltet und risikoadjustiert sein.
- Alle Krankenhäuser müssen die Möglichkeit haben, sich an den gesonderten Qualitätsverträgen für bestimmte medizinische Leistungen zu beteiligen.
- Vorgaben zu Mindestmengen bei einzelnen Leistungen müssen sachgerecht abgeleitet sein und müssen auf Kliniken, die nachweisen, dass sie bei Unterschreiten der Mindestmengen gleichwohl eine hohe Qualität haben, Rücksicht nehmen.
- Qualitätsvereinbarungen können über gesonderte Qualitätsvergütungen gefördert werden. Vergütungsabschläge sind kein Instrument zur Qualitätsverbesserung. Die Methoden der Qualitätsmessung und -bewertung müssen gesichert sein.

QUALITÄTSSICHERUNG-
INSTRUMENTE SORGSAM
AUSWÄHLEN

Qualitätssicherung weiterentwickeln

Eine aussagefähige Beurteilung der Qualität der Patientenversorgung ist nur möglich, wenn der Behandlungsverlauf über die Sektorengrenzen hinweg in den Blick genommen wird. Deshalb ist die strikte Trennung der Qualitätssicherungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (angesiedelt im Bundesmantelvertrag) einerseits und der stationären Krankenhausversorgung (überwiegend angesiedelt im G-BA) andererseits nicht zielführend. Sie widerspricht dem gesundheitspolitischen Ziel der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und behindert eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung nachhaltig.

QUALITÄTSSICHERUNG
SEKTORENÜBERGREIFEND
AUSGESTALTEN

Abbildung 2: Überführung der vertragsärztlichen Qualitätssicherung in den G-BA



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft

Qualitätssicherung muss konsequent sektorenübergreifend ausgestaltet sein!

Im Zentrum aller Maßnahmen zur Qualitätssicherung muss die kontinuierliche Qualitätsverbesserung stehen. Die verpflichtenden Maßnahmen und Vorgaben müssen auf jene beschränkt werden, die nachweislich zu mehr Qualität und Patientensicherheit beitragen. Die bestehenden Maßnahmen und Vorgaben sind einer Evaluation zu unterziehen.

**QUALITÄTSVERBESSERUNG
IN DEN MITTELPUNKT
RÜCKEN**

Position:

- Die vertragsärztlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen für die niedergelassenen Ärzte müssen unter dem Dach des G-BA und des Qualitätsinstituts organisiert werden. Nur so kann sektorenübergreifende Qualitätssicherung konsequent weiterentwickelt werden.
- Für die neuen vor Ort durchzuführenden Qualitätskontrollen kann nicht der von den Krankenkassen finanziell abhängige Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zuständig sein. Diese Aufgabe ist den gemeinsam von Krankenkassen und Leistungserbringern für die Qualitätssicherung organisierten Gremien auf Landesebene zu übertragen.
- So weit wie möglich sind die für die Qualitätssicherung erforderlichen Daten aus Routinedaten abzuleiten.
- Die Krankenhäuser sind bereit, alle Qualitätsindikatoren zu veröffentlichen.
- Bei Strukturqualitätsvorgaben durch den G-BA müssen vor der Inkraftsetzung umfassende Analysen der Auswirkungen und Realisierbarkeit durchgeführt werden.

- Die Länder müssen von G-BA-Strukturqualitätsvorgaben abweichen können. Legen die Länder ergänzende Qualitätsvorgaben fest, so sind die resultierenden Mehrkosten vollständig durch die Krankenkassen zu refinanzieren.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene sind sektorübergreifend auszurichten und abzustimmen.

2. Personal fördern, Fachkräftemangel begegnen

Die Patienten können darauf vertrauen, dass die Krankenhäuser jederzeit ihre medizinische Versorgung sicherstellen. In Momenten persönlicher Not helfen und versorgen 1,2 Millionen Mitarbeiter mit größtmöglichem persönlichem Engagement und Empathie. Für viele Mitarbeiter ist die Tätigkeit im Krankenhaus Beruf und zugleich Berufung. Gut qualifiziertes Personal und eine gute Personalausstattung sind die zentralen Voraussetzungen für eine gute Krankenhausmedizin. Demgegenüber zwingen restriktive gesetzliche Finanzierungsregelungen zu wirtschaftlichem Personaleinsatz. Die Krankenhäuser haben dennoch in den letzten Jahren zusätzliche Stellen geschaffen.

KRANKENHAUSMITARBEITER WERTSCHÄTZEN

Abbildung 3: Entwicklung der Beschäftigten- und Fallzahlen 1991 bis 2015

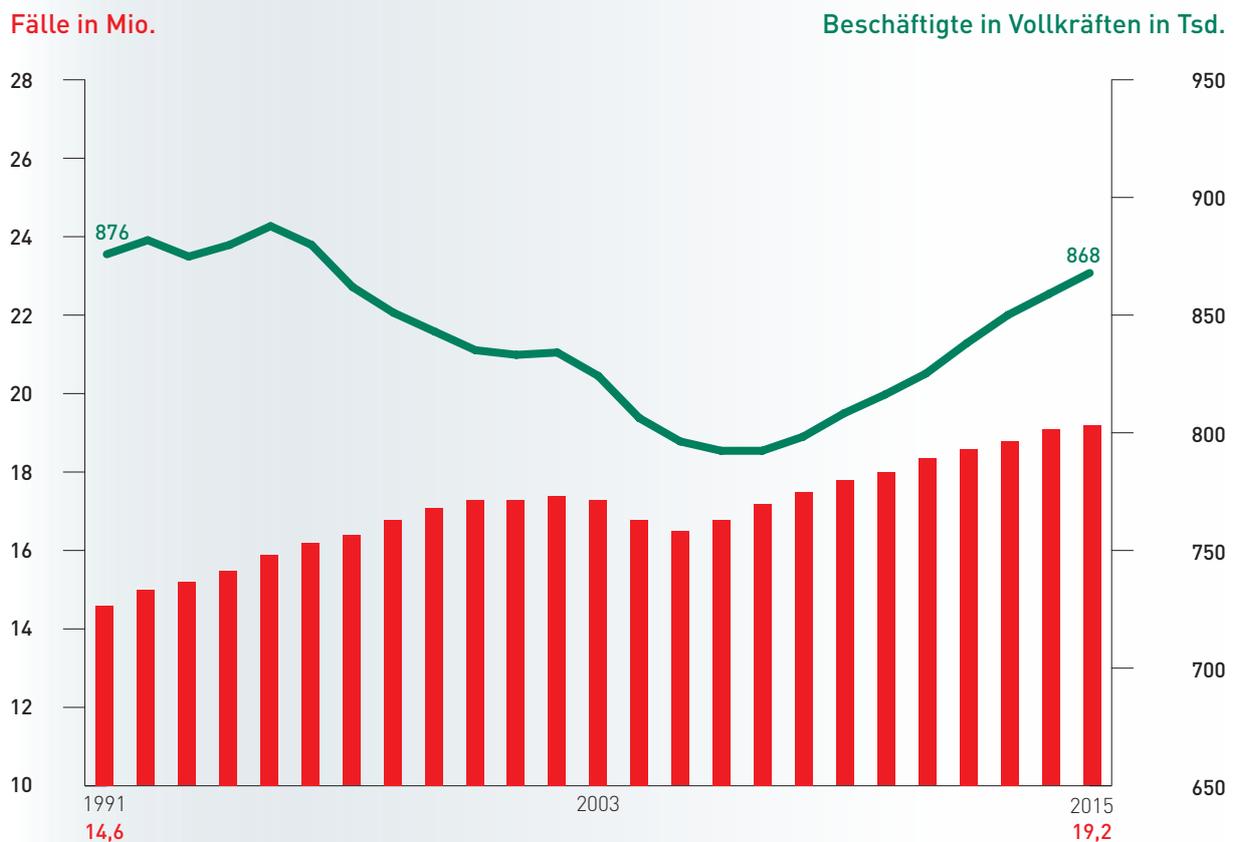
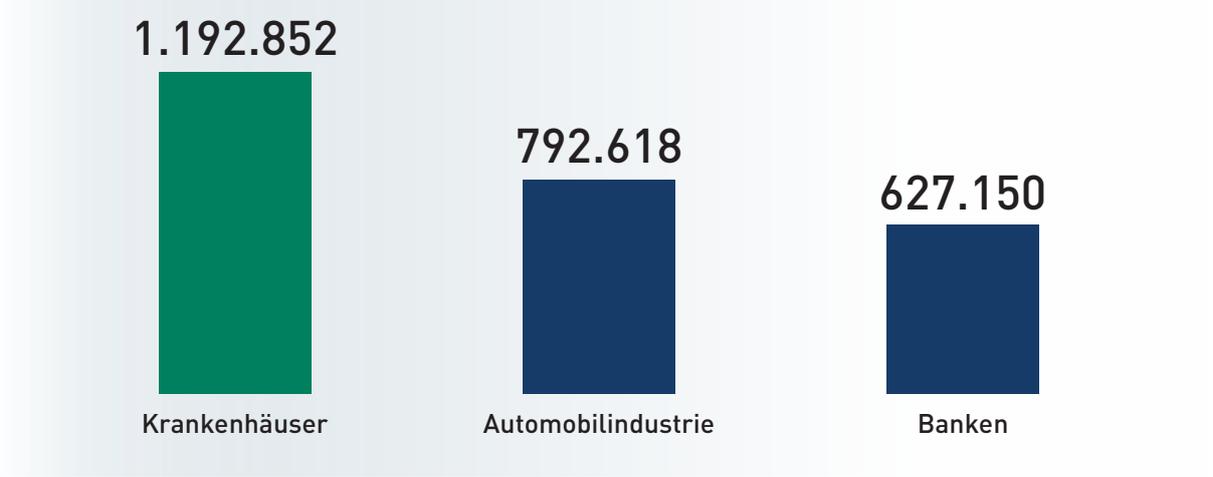


Abbildung 4: Beschäftigte 2015 nach Wirtschaftszweigen



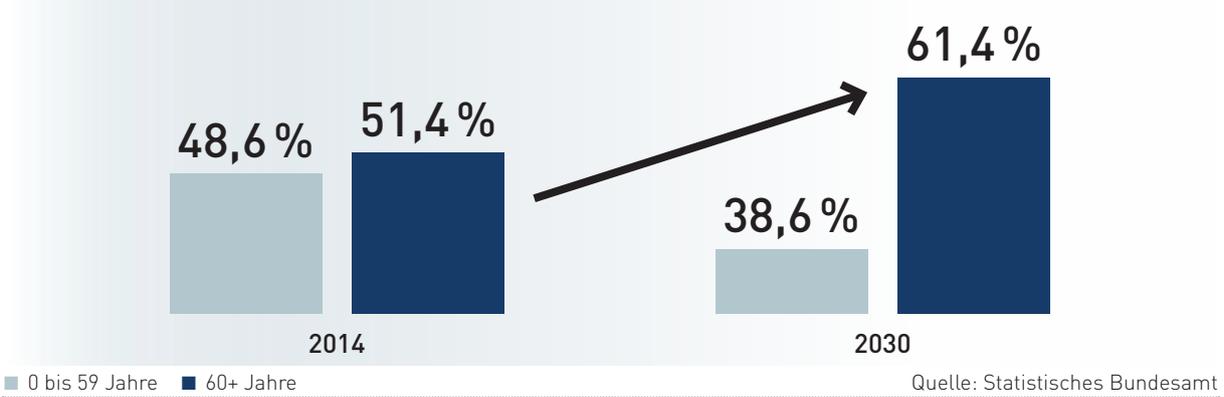
Quellen: Statistisches Bundesamt; AGV Banken

Krankenhäuser sind in vielen Regionen der größte Arbeitgeber und ein zuverlässiger Beschäftigungsmotor!

Komplexere Krankheitsbilder bei älter werdenden Patienten, Demenz und zunehmende Pflegebedürftigkeit führen zu hohen physischen und psychischen Belastungen der Beschäftigten und zu einem weiter steigenden Personalbedarf. Hinzu kommen eine stetig wachsende Bürokratielast und die unzureichende Investitionsmittelbereitstellung der Länder. Die seit Jahren anhaltende Investitionsmisere geht im Ergebnis zulasten des Personals und führt dazu, dass die Mittel für zukunftssichernde Investitionen anderweitig erwirtschaftet werden müssen. Die Krankenhäuser brauchen deshalb eine gesicherte Personal- und Investitionsfinanzierung.

PERSONAL FÖRDERN HEISST ZUKUNFT SICHERN

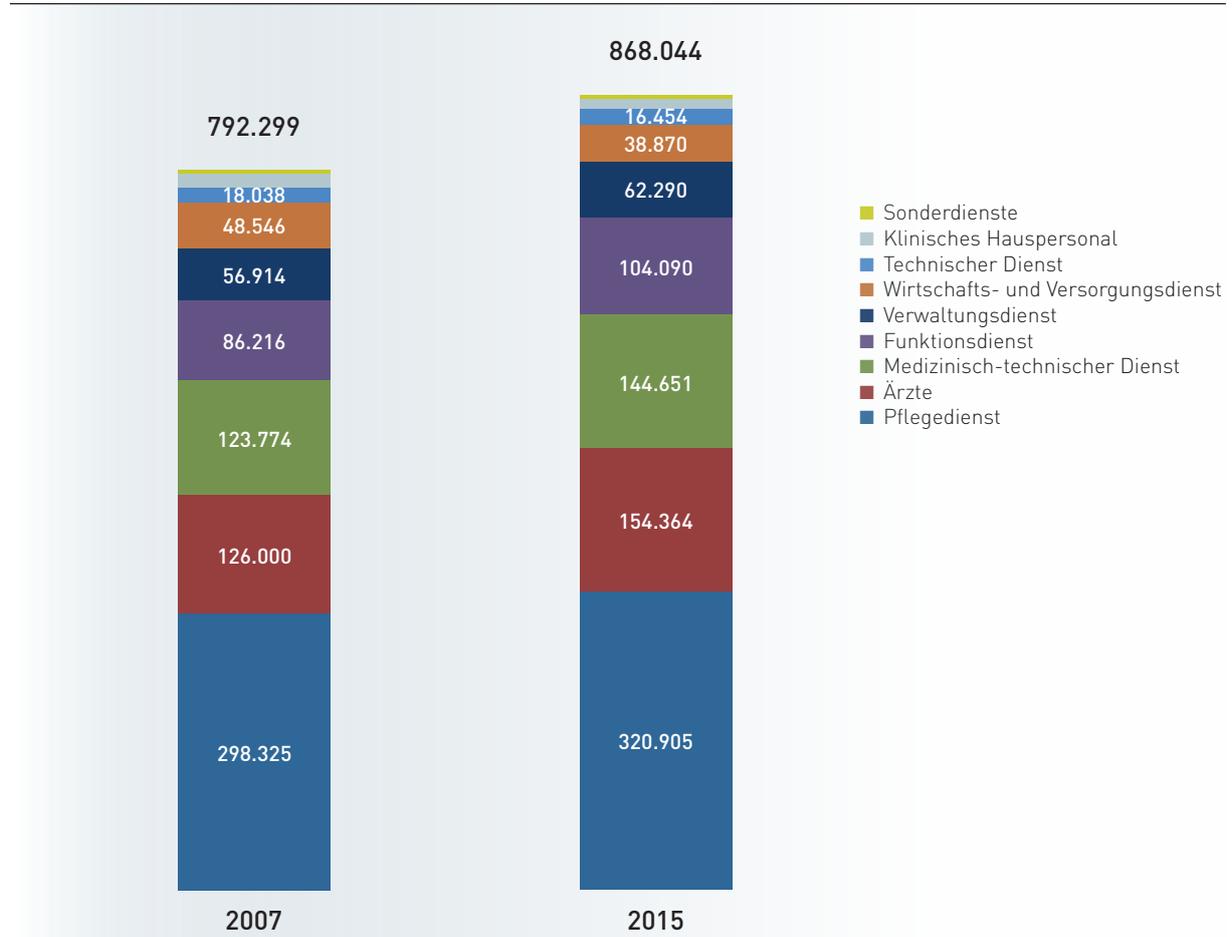
Abbildung 5: Entwicklung des Anteils der über 60-jährigen Patienten im Krankenhaus



Quelle: Statistisches Bundesamt

Die demographische Entwicklung schlägt sich in der Krankenhausversorgung nieder – der Anteil der über 60-jährigen Patienten steigt deutlich!

Abbildung 6: Beschäftigte nach Dienstarten (Vollkräfte)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Dem steigenden Personalbedarf stehen sich verschärfende Personalengpässe gegenüber. Davon erfasst sind nicht nur Ärzte und Pflegekräfte, sondern auch die Vielzahl weiterer Spezialisten in allen Bereichen des Krankenhauses.

Personal zu gewinnen und binden ist die größte Herausforderung, vor der die Krankenhäuser stehen. Sie nehmen diese Herausforderung in vielfältiger und engagierter Weise an. Zahlreiche Maßnahmen der Personalakquise, -entwicklung und -bindung gehören zum Alltag eines modernen Krankenhauses. Beispielhaft dafür sind familienfreundliche und flexible Arbeitszeitmodelle, betriebliche Kinderbetreuung, betriebliches Gesundheitsmanagement, Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen und umfassende Fortbildungsprogramme. Die Arbeitsbedingungen und die Vergütung müssen so attraktiv ausgestaltet sein, dass sich mehr Menschen künftig für

PERSONALENGPÄSSEN
ENTSCHLOSSEN
ENTGEGENTRETEN

GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN
SIND DER SCHLÜSSEL GEGEN
DEN FACHKRÄFTEMANGEL

einen Beruf im Krankenhaus und im Gesundheitswesen entscheiden und im Anschluss langfristig dort bleiben.

Erforderlich ist eine konzertierte Unterstützung durch Politik, Gesetzgeber und Krankenkassen, damit die Krankenhausträger ihrem eigenen Anspruch gerecht werden können.

Personaleinsatz ist Krankenhausverantwortung

Keine Lösung sind globale Vorgaben zu Personalanzahlzahlen für die Pflege oder den ärztlichen Dienst. Auf den ersten Blick erscheinen Mindestpersonalvorgaben hilfreich, wird damit doch der Eindruck eines verlässlichen Rahmens verbunden. In der Praxis stoßen sie an Grenzen. Der tatsächliche Personalbedarf hängt maßgeblich von den baulichen Strukturen, der technischen Ausstattung und den Erkrankungen der Patienten vor Ort ab. Starre bundeseinheitliche Personalvorgaben werden den individuellen Gegebenheiten vor Ort nicht gerecht, stehen einem flexiblen Personaleinsatz, der sich am jeweiligen Versorgungsbedarf orientieren muss, entgegen und behindern eine effizientere Arbeitsorganisation und Aufgabenverteilung. Neue Berufsbilder, die Delegation von ärztlicher und pflegerischer Leistung und die damit verbundene neue Aufgabenzuordnung und Entlastung – insbesondere in der Pflege – werden perspektivisch blockiert, denn starre Personalvorgaben können das nicht abbilden. Gleiches gilt für den Einsatz technischer Hilfsmittel und digitaler Medien.

Zudem stehen Mindestpersonalvorgaben pragmatische Gründe im Alltag entgegen: Fachkräftemangel, kurzfristige Personalausfälle und plötzlich steigender Versorgungsbedarf sind Einflussfaktoren, die in festen Vorgaben nicht abbildbar sind.

Personalanzahlzahlen können deshalb nur als Strukturqualitätsmaßnahmen in spezifischen Versorgungsbereichen infrage kommen. Solche bereichsspezifischen Anhaltswerte müssen als Richtwerte mit Flexibilitätskorridoren für unterschiedliche medizinische Konzepte und unvermeidbare Personalschwankungen ausgestaltet sein. Probleme der arbeitsmarktbedingten Verfügbarkeit und objektive Besetzungsmöglichkeiten dürfen nicht zum Ausschluss aus der Versorgung führen. Der sich aus

STARRE PERSONALVORGABEN
VERHINDERN NOTWENDIGES
EFFIZIENTES PERSONAL-
MANAGEMENT

VORGABEN MÜSSEN IN DER
PRAXIS UMSETZBAR SEIN

PERSONALANHALTSZAHLEN
FLEXIBEL AUSGESTALTEN

Anhaltzahlen ergebende Personalmehrbedarf muss zudem in vollem Umfang refinanziert werden.

Position:

- Personalförderprogramme sind als gezieltes Instrument zur Überwindung von Engpasssituationen sinnvoll und müssen ausgebaut und verlängert werden.
- Krankenhäuser müssen Tarifsteigerungen und Personalkostensteigerungen aufgrund zusätzlicher Anforderungen an Qualifikation oder Qualität refinanziert bekommen. Dafür muss die Tarifausgleichsrate Personalkostensteigerungen (linear und strukturell), die über die vereinbarten Landesbasisfallwerte hinausgehen, voll ausgleichen.
- Für den Einsatz von im Krankenhaus nicht fest angestelltem Personal (insbesondere Honorarärzte) ist eine Klärung der arbeits- und sozialrechtlichen Einordnung dringend erforderlich.

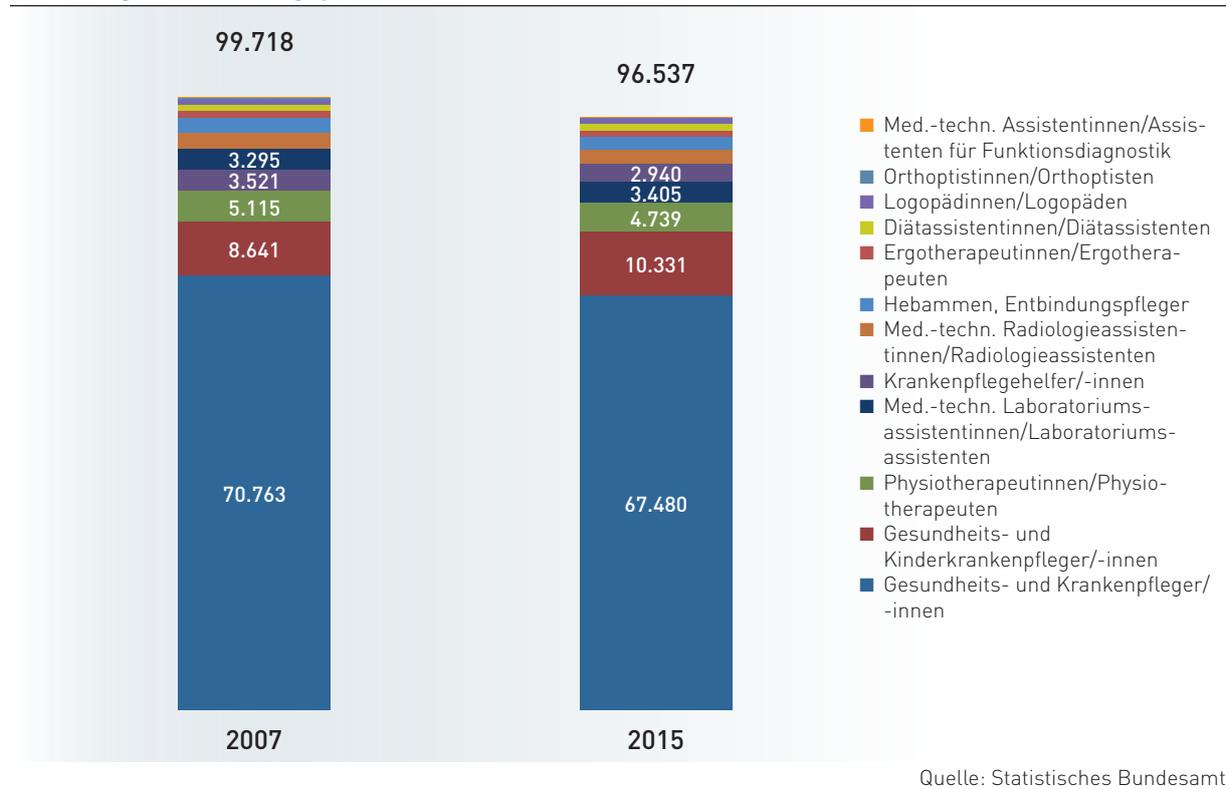
Aus- und Weiterbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Die Pflege bildet mit über 430.000 Beschäftigten die größte Berufsgruppe in den Krankenhäusern und ist das Rückgrat der Versorgung der Patienten. Damit dies auch in Zukunft gewährleistet ist, bilden die Krankenhäuser in ihren über 950 Ausbildungsstätten jährlich rund 80.000 Krankenpflegekräfte aus. Es muss gelingen, die Ausbildung selbst und den Arbeitsplatz Krankenhaus attraktiver zu gestalten.

AUSBILDUNG
ATTRAKTIV
GESTALTEN

Position:

- Die Krankenhäuser unterstützen den Weg zur generalistischen Pflegeausbildung zur konsequenten und nachhaltigen Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe (horizontale und vertikale Durchlässigkeit), damit die demographischen Herausforderungen bewältigt werden können.

Abbildung 7: Ausbildungsplätze nach Dienstartern

- Es bedarf eines durchlässigen Ausbildungssystems der Pflege, an dessen einem Ende eine staatlich anerkannte niederschwellige Ausbildung steht und an dessen anderem Ende akademisch ausgebildete Pflegenden stehen, die komplexe Aufgaben im Bereich des Pflegemanagements und der klinischen Versorgung übernehmen können.
- Eine Pflegeassistenzausbildung sollte bundeseinheitlich im Rahmen einer zweijährigen Ausbildung möglich sein. Sie ist auch eine Antwort auf die Herausforderungen zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in den Krankenhausbetrieb. Im Sinne einer vertikalen Durchlässigkeit müssen sich diese Pflegeassistenten zur (dreijährigen) Pflegefachkraft weiterqualifizieren können. Zugangsvoraussetzung für die Pflegeassistenzausbildung sollte der Hauptschulabschluss oder ein vergleichbarer Schulabschluss sein.
- Der Anrechnungsschlüssel (9,5:1) bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung muss abgeschafft werden.

- Die Ausstattung der Krankenpflegesschulen, auch hinsichtlich moderner „Lehrmittel“, ist zu verbessern, ebenso die Gestaltungsmöglichkeiten in der praktischen Ausbildung, einschließlich Mentoren- und Tutorienangebote.

Aus- und Weiterbildung in der Medizin

Die Ausbildung zum Arzt in Deutschland ist international höchst angesehen. Krankenhäuser stellen den ärztlichen Nachwuchs gleichermaßen für den stationären als auch für den ambulanten Bereich sicher. Soll das heutige Niveau der ärztlichen Versorgung und der Qualität angesichts der demographischen Entwicklung erhalten bleiben, sind dringende und konsequente Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung anzugehen.

KRANKENHÄUSER BILDEN
FÜR DAS GESAMTE
GESUNDHEITSWESEN AUS

Position:

- Die Studienkapazitäten für Humanmedizin sind auszubauen. Dabei müssen auch die entsprechenden personellen und strukturellen Voraussetzungen in der Lehre geschaffen und refinanziert werden.
- Bei der Auswahl der Medizinstudenten sind neben der Abiturnote der Eindruck des Auswahlgesprächs, eine bereits abgeschlossene Berufsausbildung im Gesundheitsbereich, ein geleisteter Freiwilligendienst oder Vergleichbares als Kriterien konsequent zu nutzen.
- Um die Allgemeinmedizin zu stärken, ist ein Ausbau der allgemeinmedizinischen Lehrstühle erforderlich. Ambulante Weiterbildungsabschnitte müssen auch in den ambulanten Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser abgeleistet werden können.
- Die qualifizierte Weiterbildung bindet in den Krankenhäusern erhebliche Personalressourcen. Das DRG-System bildet diese Lasten nur unzureichend ab, wodurch ein Wettbewerbsnachteil weiterbildender Krankenhäuser entsteht. Erforderlich ist eine ergänzende Finanzierung außerhalb des DRG-Systems. Dies gilt auch für die laufenden Fortbildungsaufwendungen.

Neue Berufsbilder

In den Krankenhäusern werden immer mehr und tiefer spezialisierte Berufsfelder benötigt. Insbesondere die Assistenzberufe werden für eine funktionierende medizinische Versorgungskette immer wichtiger. Einerseits können Ärzte und Pflegekräfte dadurch entlastet werden, andererseits ergeben sich potenzielle Qualitätssteigerungen durch eine bessere Arbeitsteilung.

NEUE BERUFSBILDER FÖRDERN

Position:

- Die Berufe Operationstechnischer und Anästhesietechnischer Assistent (OTA/ATA) sind per Bundesgesetz anzuerkennen, um ein einheitliches Ausbildungsniveau zu schaffen und im Ergebnis den Berufsabschluss bundesweit einheitlich zu regeln.
- Für weitere neue, innovative Berufsbilder sollten Modellausbildungen oder -studiengänge explizit gefördert werden. Vorhaben zur Delegation und Substitution von pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen sind explizit zu unterstützen und zu evaluieren.
- Insbesondere die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Modellprojekten der Substitution (§ 63c SGB V) sind zu überarbeiten und nicht auf Aus-, sondern auf Weiterbildung auszurichten. Die gesetzlichen Vorgaben müssen entsprechend konkretisiert werden.

3. Mehr Zeit für den Patienten, Bürokratie abbauen

Zeit für ein ausführliches Gespräch und Zeit für Nähe und für Fürsorge – das erwarten und wünschen sich Patienten im Krankenhaus. Steigender Versorgungsbedarf, Fachkräftemangel und hohe Anforderungen an die Dokumentation führen dazu, dass immer weniger Zeit für die Patienten bleibt. Entgegen allen Bekenntnissen zum Bürokratieabbau steigen die Dokumentationsanforderungen permanent. Im jeweiligen Einzelfall scheint die zusätzliche Dokumentationsanforderung vielleicht akzeptabel. Die Gesamtschau aller an die Krankenhäuser gerichteten Anforderungen macht aber deutlich, dass inzwischen ein vertretbares Maß bei Weitem überschritten ist:

- Administrative Dokumentation (Kodierung/Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren etc.),
- patientenbezogene Dokumentation (Aufnahme, Aufklärung, OP-Bericht, Verlegungsbericht, Anträge, Entlassungsbericht etc.),
- Beantwortung der Anfragen von Kostenträgern bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK),
- Qualitätssicherung (externe stationäre Qualitätssicherung, klinische Register, Qualitätsberichte etc.),
- Krankenhausstatistik (Kostendaten, Diagnosedaten, Grunddaten etc.) und
- Datenschutzerklärungen

beanspruchen Zeit, die für die Versorgung der Patienten dann nicht mehr zur Verfügung steht. Die an ein Krankenhaus gerichteten Dokumentationsanforderungen gehören in ihrer Gesamtheit auf den Prüfstand. Ein durchgängiger Ausbau der digitalen Infrastruktur kann zusätzlich einen spürbaren Beitrag zur Entlastung leisten.

Position:

- Ein bundesweites Programm zum Abbau von bürokratischem Aufwand mit dem Ziel, diesen Aufwand und die Dokumentationslast um 50 Prozent zu reduzieren und den Anteil der Arbeitszeit für Dokumentation und Bürokratie auf maximal 20 Prozent zu begrenzen, muss eingeführt werden.

BÜROKRATIELAST
KONSEQUENT UND MUTIG
ABBAUEN

DOKUMENTATIONSANFORDERUNGEN
AUF DEN PRÜFSTAND
STELLEN

- Die ausufernden MDK-Prüfungen müssen auf ein notwendiges Maß zurückgeführt werden. Für eine sachgerechte und faire Abrechnungskontrolle der Krankenhäuser ist es zudem zwingend erforderlich, eine neutrale krankenkassenunabhängige Prüfinstanz zu schaffen.

4. Investitionen nachhaltig finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen

Patientenorientierte Krankenhausbehandlung ist nur mit zeitgerechter apparativer Ausstattung und baulicher Infrastruktur möglich. Zudem steigen die Ansprüche der Patienten an moderne Strukturen, neuste Technik und neuste Versorgungsformen. Dafür sind entsprechende Investitionen nötig.

Die Fakten zur Investitionsmisere der Krankenhäuser sind bekannt: Dem jährlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Höhe von über 6,5 Milliarden Euro¹ steht eine Investitionsförderung der Länder von rund 2,8 Milliarden Euro gegenüber. Die Investitionslücke von rund 3,7 Milliarden Euro jährlich erschwert den notwendigen Erhalt und Ausbau der bestehenden Substanz und begrenzt dringend erforderliche Investitionen der Krankenhäuser, zum Beispiel in Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit vor Cyberangriffen, zur Verbesserung des Infektions- und Brandschutzes, zur baulichen Modernisierung und zur Verbesserung von Strukturen (z. B. Zusammenlegung von Standorten) in einem nicht mehr vertretbaren Ausmaß.

INVESTITIONSLÜCKE
SCHLIESSEN

INVESTITIONSFÖRDERUNG
VERDOPPELN

Abbildung 8: Entwicklung der Investitionsförderung seit 1993



Quelle: AOLG

Krankenhäuser sind in vielen Regionen der größte Arbeitgeber und ein zuverlässiger Beschäftigungsmotor!

¹ Unter Zugrundelegung einer Mindestinvestitionsquote von 9 Prozent und bereinigter Kosten in Höhe von 72 Milliarden Euro (ohne Hochschulkliniken) ergibt sich ein Gesamt-Investitionsbedarf von rund 6,5 Milliarden Euro.

Eine wirtschaftliche Finanzierung der Betriebskosten ist vor diesem Hintergrund ebenfalls nicht zu erreichen. Wirtschaftliche und effiziente Leistungserbringung erfordern zeitgemäße Gebäudestrukturen und Prozessoptimierungen. Hierfür sind Investitionen die Voraussetzung. Zu geringe Investitionsmittel führen zu Effizienzverlusten bei den Betriebsmitteln. Darin liegt eine wesentliche Ursache für die hohe Zahl von Krankenhäusern mit Defiziten. Zusätzlich führt die dauerhafte Unterfinanzierung zu einem erheblichen Nachteil der deutschen Krankenhäuser im europäischen Wettbewerb.

Wenn es in der Ausgestaltung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen aktuell möglich ist, Bundesfinanzierungen für Landesaufgaben (z. B. Schulen, Kitas, sozialer Wohnungsbau, Schienenverkehr) zu organisieren, muss dieses auch für die Krankenhäuser gelten. Krankenhäuser sind ein wesentlicher Baustein der sozialen und regionalen Infrastrukturen. Die gemeinsame Verantwortung von Bund und Ländern für die Sicherstellung einer bestmöglichen flächendeckenden medizinischen Versorgung der Menschen im Sinne von Daseinsvorsorge rechtfertigt ein Einstehen von Bund und Ländern auch für die Investitionsfinanzierung.

Zwingend notwendig ist eine Mindestinvestitionsquote von 9 Prozent der bereinigten Kosten der Krankenhäuser.

Position:

- Die Länder sind für eine auskömmliche Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zuständig. Aufgrund der gemeinsamen Verantwortung von Bund und Ländern für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland ist der Bund in der Pflicht zu unterstützen, wenn die Länder ihrer Verantwortung nicht sachgerecht nachkommen.
- Werden von Bund und/oder Ländern Förderprogramme für Investitionen aufgelegt, ist ein trägerunabhängiger Zugriff für die Krankenhäuser sicherzustellen.

UNTERFINANZIERUNG
GEFÄHRDET DIE VERSORGUNG

BUND UND LÄNDER
STEHEN GEMEINSAM IN
DER VERANTWORTUNG

5. Digitalisierung beschleunigen, E-Health ausbauen

Die Digitalisierung der Gesellschaft verändert das Selbstverständnis der Patienten nachhaltig. Patienten erwarten nicht nur eine moderne Ausstattung der Krankenhäuser, sondern auch digitale Dienstleistungen. Arztbriefe, Termine und Informationsmaterialien werden als digitale Medien auf den mobilen Geräten der Patienten erwartet.

Bei sektorenübergreifenden Behandlungen werden Medienbrüche als anachronistisch wahrgenommen. Patienten erwarten, dass ihre Daten im Krankenhaus nicht nur sicher vor IT-Angriffen sind, sondern auch digital zwischen den Institutionen ausgetauscht werden können. Dies setzt deutlich mehr voraus als nur die Anschaffung von IT-Komponenten. Zur Nutzung der neuen Möglichkeiten sind auch strukturelle Veränderungen und Umstellungen der Kernprozesse notwendig. So bedeutet zum Beispiel die Umstellung der internen Auftragsprozesse auf digitale Verfahren, dass auch entsprechende Identitäts- und Berechtigungsmanagement-Systeme aufgebaut werden müssen. Für digitale Angebote für die Patienten müssen technisch geschützte Zwischenbereiche geschaffen werden. Und nicht zuletzt verlangt auch eine Öffnung der Systeme für sektorenübergreifende Kommunikation eine Anpassung und Aufrüstung der IT-Sicherheit, da mehr Angriffsmöglichkeiten entstehen.

Krankenhausversorgung ist schon heute ohne eine funktionierende Informationstechnik in Diagnostik, Therapie, Qualitätssicherung, Logistik und nicht zuletzt in der Dokumentation und der Abrechnung nicht denkbar. Im Vergleich zu anderen Branchen besteht im Gesundheitswesen aber noch erheblicher Nachholbedarf.

Die Digitalisierung ermöglicht eine verbesserte Kommunikation und gibt unseren Mitarbeitern wieder mehr Zeit für das Wesentliche. Die Digitalisierung bildet die Grundlage für intersektorale Zusammenarbeit, Qualitätssicherung, Versorgungsforschung und Prozessoptimierung. Sie ist unabdingbar mit dem Fortschritt der Medizintechnik verknüpft. Die Digitalisierung ermöglicht den gezielten und effizienten Einsatz von Bionik, Molekularbiologie und Genetik in bestehenden, aber auch neuen Behandlungsverfahren. Geräte, Implantate und Sensoren verfügen immer häufiger über rein digitale Schnittstellen und

PATIENTEN ERWARTEN
VERNETZTE VERSORGUNG

CHANCEN DER
DIGITALISIERUNG
NUTZEN

müssen in die Netzwerke eingebunden werden. Informationstechnik ist zu einer notwendigen Grundlage für die moderne Medizin geworden. In der medizinischen Forschung spielt das Thema Big Data zunehmend eine zentrale Rolle. Die Krankenhäuser sehen sich in der Pflicht, das Thema aktiv zu gestalten.

Informationstechnik ermöglicht unter dem Stichwort Telemedizin neue, patientenorientierte Behandlungsprozesse, die eine qualitativ bessere Versorgung erlauben, insbesondere dann, wenn in deren räumlicher Nähe keine Expertise vorhanden ist. Konzepte wie Telekonsile oder das Telemonitoring können die ambulante Versorgung vor Ort nachhaltig unterstützen, wofür sie aber zukünftig in die Regelversorgung eingehen müssen. Darüber hinaus können IT-unterstützte Netzwerkstrukturen die medizinische Versorgung verbessern, wobei auch Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen und die häusliche Pflege wesentliche Partner sein können.

Position:

- Zur Sicherstellung einer flächendeckenden und den aktuellen Ansprüchen genügenden digitalen Ausstattung der Krankenhäuser muss die bestehende Finanzierungslücke geschlossen werden. Aufgrund des allgemeinen Investitionsstaus konnte nicht in allen Krankenhäusern die IT-Infrastruktur so ausgebaut werden, dass diese den Patientenbedürfnissen und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Dies erfordert ein mehrjähriges Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“ des Bundes in Höhe von einer Milliarde Euro pro Jahr.
- Da die digitale Unterstützung der Versorgungsprozesse neben kontinuierlichen Investitionen vor allem einen Aufbau von entsprechend qualifiziertem Personal benötigt, muss dies über einen Digitalisierungszuschlag in Höhe von 2 Prozent berücksichtigt werden. Nur so kann die Lücke zwischen den IT-Ausgaben in den deutschen Krankenhäusern und den eigentlich notwendigen Ausgaben, wie sie zum Beispiel in den Nachbarländern üblich sind, geschlossen werden.

- Eine einheitliche, flächendeckende Telematik-Infrastruktur (TI) ist geeignet, viele Probleme gleichzeitig zu lösen, und wird von den Krankenhäusern dringend gefordert. Die Höhe der Zulassungs- und Nutzungsentgelte für Diensteanbieter ist so zu gestalten, dass dies die Nutzung der TI nicht faktisch verhindert. Sinnvolle medizinische Anwendungen sollten bis zum Jahr 2018 verfügbar gemacht werden.
- Bestehende Hürden für telemedizinische Leistungen müssen abgebaut werden, damit Krankenhäuser diese als Regelleistungen flächendeckend erbringen können. Dazu bedarf es einer entsprechenden Ermächtigung, um Telekonsile und Telemonitoring nicht nur in Einzelfällen durch Krankenhäuser zu ermöglichen.
- Eine Digitalisierung, die sektorenübergreifende Versorgungsprozesse unterstützen soll, benötigt auch eine sektorenübergreifende Standardisierung. Bestehende Regulierungen, die sektorspezifische Standards bloß verfestigen, müssen ersetzt werden und der Weg für gemeinsame Festlegungen bereitet werden. In diesem Sinne ist zu sichern, dass an Entscheidungen, die auch Einfluss auf die ambulanten Prozesse im Krankenhaus haben, die Krankenhäuser zwingend beteiligt werden.
- Ohne einen patientenorientierten Datenschutz ist die Digitalisierung nicht denkbar. Notwendig ist mehr Mut, auch den Bürokratieabbau bei der Gestaltung von Gesetzen im Auge zu behalten. Wenn eindeutig für den Patientennutzen eingerichtete Maßnahmen etabliert werden, sollte die Erlaubnis zur notwendigen Datenverarbeitung gesetzlich gesichert werden. Die Umsetzung der Datenschutzerfordernisse muss so gestaltet werden, dass die Patienten nicht durch eine Flut von Einwilligungen und Aufklärungen den Überblick verlieren und dahin gedrängt werden, eine Mitwirkung zu verweigern. Im Rahmen der Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung sollte die Chance genutzt werden, länderspezifische Besonderheiten, die die Vernetzung erschweren, aufzuheben. Diese erschweren insbesondere kooperative Behandlungsformen und die Bildung von Netzwerken, soweit dabei Landesgrenzen überschritten werden.

- Die Einführung von IT-Innovationen muss vereinfacht und überbordende Regelungen sowie komplexe Zulassungsverfahren müssen abgeschafft werden. Nicht jede Innovation benötigt eine aufwendige Zertifizierung und nicht jede IT-Unterstützung benötigt eine aufwendige Neubewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Ein freier Zugang der Krankenhäuser zu nationalen und länderspezifischen Finanzierungsprogrammen anderer Ressorts muss gewährleistet werden.
- Ein Grundverständnis für die Möglichkeiten und Risiken informationstechnischer Systeme muss in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften fest aufgenommen werden. Dazu sind die Ausbildungsstätten entsprechend zu verpflichten.

6. Innovationen stärken, medizinischen Fortschritt gewährleisten

Die Patienten vertrauen darauf, im Krankenhaus die innovativste und bestmögliche Versorgung zu erhalten. Allen Patienten steht dieser Zugang zum medizinischen und technischen Fortschritt offen – unabhängig von der individuellen Finanzsituation. Dies ist ein hohes und schützenswertes Gut im deutschen Gesundheitswesen. Die Krankenhäuser sind Garanten für den medizinischen Fortschritt im deutschen Gesundheitswesen. Sie sind Innovationsmotor und Eintrittspforte für innovative Leistungen. Zahlreiche Erkrankungen, die noch vor Kurzem als unheilbar galten, können heute besser behandelt oder geheilt werden.

Naturgemäß kann der medizinische Nutzen innovativer medizinischer Leistungen in ihrer Einführungsphase noch nicht abschließend bewertet sein. Mit der Methodenbewertung und der Erprobungsregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses hat der Gesetzgeber deshalb Maßnahmen ergriffen, um bei Unsicherheiten über den medizinischen Nutzen, die Patientensicherheit und die Wirtschaftlichkeit einer Innovation zeitnah eine Entscheidung über deren Zulässigkeit herbeizuführen. Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) bestimmter Medizinprodukte² wurde zudem eine zwangsläufige und schnelle Nutzenbewertung eingeführt, deren Auswirkung auf die Innovationskraft zum jetzigen Zeitpunkt allerdings noch nicht abschließend bewertet werden kann.

Grundsätzlich sind die Rahmenbedingungen für neue Leistungen im stationären Sektor innovationsfreundlich ausgestaltet. Ein schneller und flächendeckender Zugang wird begleitet von Maßnahmen zur Evaluation und Bewertung von Nutzen, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit. Dieser Zweiklang hat sich bewährt und sollte beibehalten werden. Die Krankenhäuser bekennen sich in diesem Rahmen zu einer schnellstmöglichen Transparenz über den Nutzen von neuen medizinischen Verfahren.

KRANKENHÄUSER SIND DER
INNOVATIONSMOTOR DES
GESUNDHEITSWESENS

INNOVATIONEN
ZEITNAH
EVALUIEREN

MEDIZINISCHEN
FORTSCHRITT
FÖRDERN

² Medizinprodukte der Risikoklasse IIb oder III oder die den aktiven implantierbaren Medizinprodukten zuzuordnen sind und deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist.

Position:

- Der Grundsatz „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ für medizinische und technische Innovationen in der Krankenhausversorgung muss ausnahmslos erhalten bleiben und auf alle ambulanten Krankenhausleistungen ausgeweitet werden.
- Insbesondere bei der Prüfung und Implementierung von Medizinprodukten sind einzelne Insellösungen nur für Deutschland nicht zielführend. Aus gutem Grund gibt es daher neben den nationalen auch internationale Zulassungssysteme. Sollte sich das neue EU-Zulassungsverfahren über die staatlich benannten Stellen als unzureichend herausstellen, ist über eine Übertragung dieser Aufgaben auf eine staatliche Zulassungsbehörde zu entscheiden.
- Krankenhäuser sollen die Möglichkeit erhalten, bereits gestellten NUB-Anträgen formlos beizutreten.

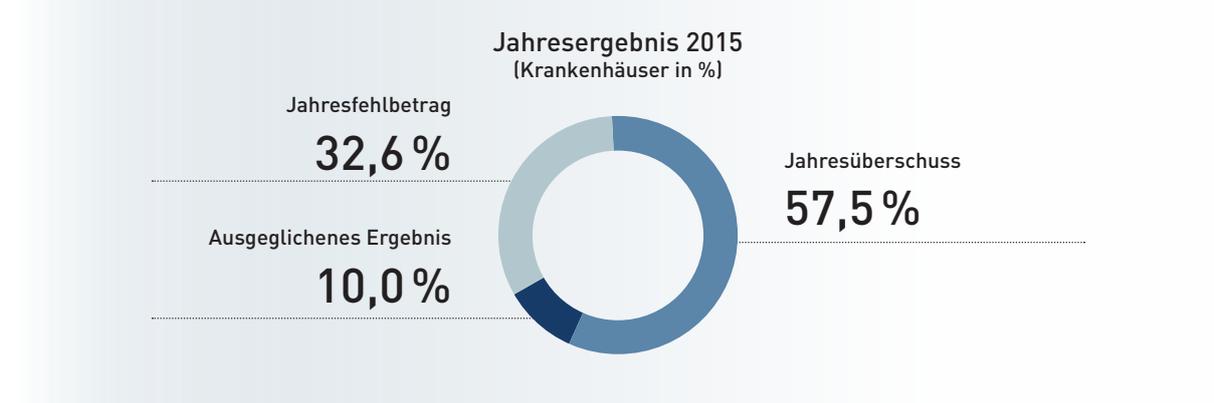
7. Krankenhausleistungen sachgerecht vergüten, Besonderheiten berücksichtigen

Um eine gute Versorgung der Patienten sicherstellen zu können, müssen die Betriebskosten der Krankenhäuser sachgerecht finanziert werden. Dabei bekennen sich die Krankenhäuser zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung. Auch in einem leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungssystem muss aber gewährleistet sein, dass ein Krankenhaus seine Kostenzuwächse decken kann, auch wenn die Fallzahl oder das Leistungsspektrum unverändert bleibt.

Kostenentwicklungen in den Landesbasisfallwerten vollständig abbilden

Die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser ist angespannt. Rund ein Drittel befindet sich in einer wirtschaftlich schwierigen Lage. Ursächlich dafür sind die unzureichende Investitionsfinanzierung und dass Personal- und Sachkostensteigerungen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht vollständig in die Landesbasisfallwerte einfließen können.

Abbildung 9: Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser



Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut

Position:

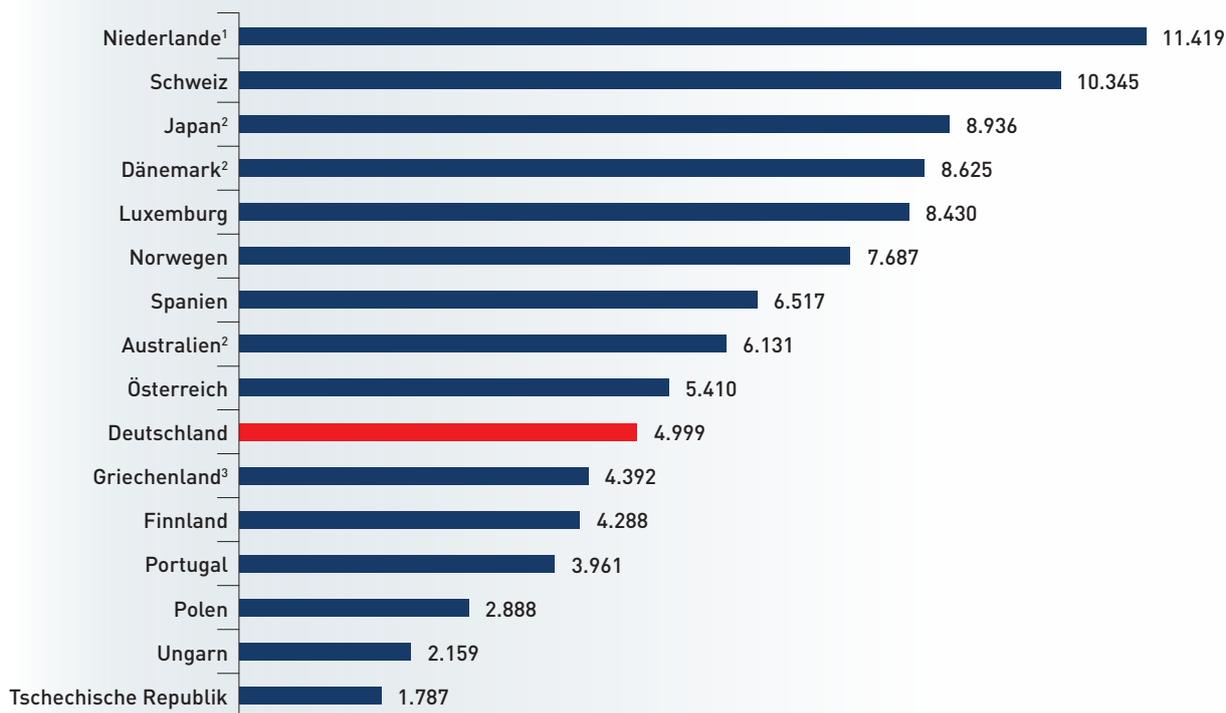
- Nach aktueller Gesetzeslage sollen der Bundesbasisfallwert und der Bundesbasisfallwertkorridor ab dem Jahr 2021 nicht mehr prospektiv nach Maßgabe der jeweiligen Obergrenze, sondern rückwirkend auf Grundlage der Verhandlungsergebnisse auf Landesebene weiterentwickelt werden. Mit dem daraus resultierenden „Kellertreppeneffekt“ würden dem Krankenhausbereich Mittel entzogen, die für die Patientenversorgung benötigt werden. Die Weiterentwicklung des Bundesbasisfallwerts muss daher dauerhaft auf Basis der bisherigen Berechnungsmethodik erfolgen.
- Die Landesbasisfallwerte spiegeln die landesspezifischen Kostenniveaus, insbesondere im Hinblick auf die Personalkosten, derzeit nur begrenzt wider. Die Ziele einer angemessenen Personalbesetzung und attraktiver Arbeitsbedingungen können damit nicht erreicht werden. Die Entwicklung des Landesbasisfallwerts muss stärker landesspezifische Gegebenheiten berücksichtigen.
- Unvermeidbare Kostensteigerungen müssen vollständig in die Landesbasisfallwerte einfließen. Lineare und strukturelle Tarifentwicklungen müssen vollständig über die Landesbasisfallwerte refinanziert werden. Die Deckelung der Vergütungszuwächse über die Grundlohnrate bzw. den Veränderungswert ist zu beenden.

Krankenhausindividuelle Finanzierungsinstrumente ausbauen

Mit der Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems (DRG-System) im Jahr 2004 verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die Vergütung der Krankenhäuser leistungsgerechter auszugestalten und mehr Transparenz über die Leistungen und Kosten der Krankenhäuser zu schaffen. Das Ziel einer besseren Transparenz wurde erreicht. In Deutschland wurde aber ein DRG-System mit hohem Pauschalierungsgrad eingeführt. Regionale und strukturelle Unterschiede sind im pauschalierten System nicht sachgerecht abgebildet. Sie müssen ergänzend zu den Fallpauschalen berücksichtigt werden können.

DRG-SYSTEM ÖFFNEN

Abbildung 10: Internationaler Vergleich der Krankenhauskosten 2014 (je Fall in Dollar)



Quelle: OECD Health Data Anmerkungen: ¹Daten aus 2010; ²Daten aus 2012; ³Daten aus 2013

Der internationale Vergleich belegt die hohe Effizienz der Krankenhausversorgung in Deutschland!

Position:

- Ergänzend zu den Fallpauschalen müssen die Krankenhäuser mit den Krankenkassen bei regionalen und strukturellen Besonderheiten (z. B. beim Vorliegen spezieller Kostenstrukturen) krankenhaushausindividuelle Zuschläge vereinbaren können.
- Die Krankenhäuser müssen über komplexe und hochaufwendige Behandlungsfälle sowie bei unvorhersehbaren Ereignissen nach Ablauf des Budgetjahrs mit den Krankenkassen Verhandlungen zur Kostendeckung führen können.
- Versorgungsaufgaben, die den Krankenhäusern mit Billigung der Krankenhausplanungsbehörde übertragen werden, müssen vollständig ausfinanziert werden.
- Das Instrument des Sicherstellungszuschlags ist weiterzuentwickeln.

Abrechnungsprüfungen weiterentwickeln

Die gestiegene Komplexität des Systems und die zahlreichen Abrechnungsvorgaben, die detailliert dokumentiert werden müssen, führen seit Jahren zu einem stetigen Anstieg der Prüfung von Krankenhausrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dies ist auch bereits im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich durch die Einführung des neuen Vergütungssystems spürbar. Die Prüfungen binden Ressourcen, die der Versorgung der Patienten entzogen werden. Die geringe Anzahl der tatsächlich fehlerhaften Abrechnungen belegt, dass dieser Aufwand nicht verhältnismäßig ist. Dennoch wird der von den Krankenkassen finanzierte und abhängige Medizinische Dienst regelmäßig von den Krankenkassen in die Krankenhäuser entsandt mit dem Ziel, Rechnungen zu kürzen.

SACHGERECHTE
ABRECHNUNGSKONTROLLE
DURCH NEUTRALE
PRÜFUNGSINSTANZ

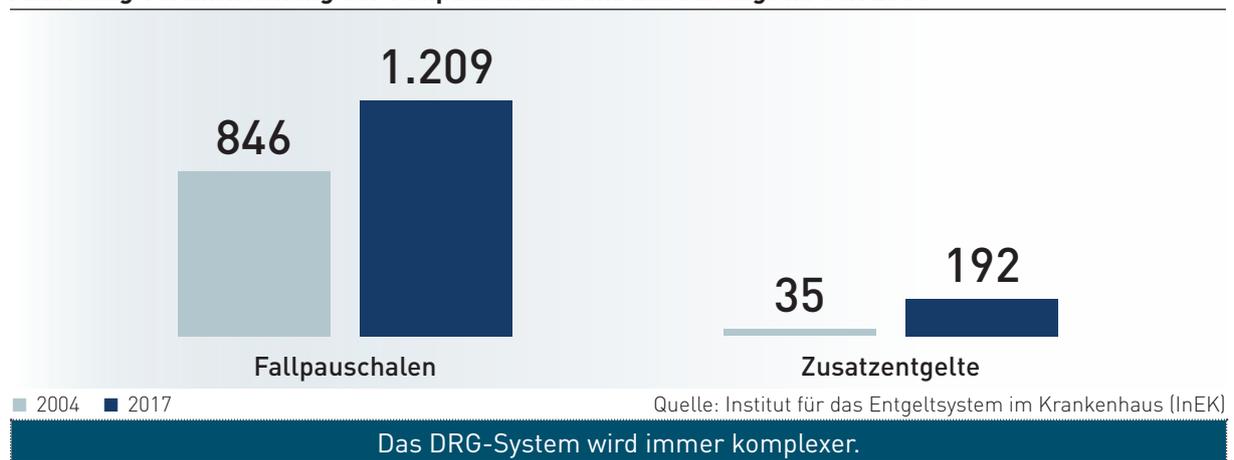
Position:

- Für eine sachgerechte Abrechnungskontrolle der Krankenhäuser ist es zwingend notwendig, eine neutrale krankenkassenunabhängige Prüfinstanz zu schaffen. Zudem sind die ausufernden Abrechnungsprüfungen auf ein notwendiges Maß zurückzuführen.

Vergütungskataloge datenbasiert weiterentwickeln

Die jährliche Weiterentwicklung des DRG-Katalogs hat insbesondere in den Anfangsjahren des neuen Vergütungssystems zu mehr Leistungsgerechtigkeit geführt. Die jährliche Kataloganpassung bindet aber in den Krankenhäusern in erheblichem Umfang personelle und finanzielle Ressourcen für Personalschulungen, IT-Umstellungen und vieles mehr. 15 Jahre nach der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen sind die Weiterentwicklungsschritte nicht mehr so einschneidend wie in den Anfangsjahren, sodass dieser Aufwand in den Kliniken im Jahresturnus nicht mehr zu rechtfertigen ist.

Abbildung 11: Entwicklung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte seit 2004



Position:

- Der Katalogwechsel soll zukünftig nur noch alle zwei Jahre erfolgen. Dies erhöht auch die Planungssicherheit der Krankenhäuser. Gleiches gilt zu gegebener Zeit für die PEPP- und IBWR-Kataloge.
- Die Kalkulation der Leistungen und ihrer Kosten soll weiterhin jährlich erfolgen. Gleiches gilt für das Verfahren zur Beantragung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).
- Die Weiterentwicklung der Kataloge muss grundsätzlich auf der Basis der Leistungs- und Kalkulationsdaten der Krankenhäuser erfolgen. Normative Eingriffe durch den Gesetzgeber sind auf dringend notwendige Einzelfälle zu beschränken.

GKV und PKV nachhaltig finanzieren

Grundvoraussetzung für eine gute und umfassende Gesundheitsversorgung ist eine solide Finanzierungsbasis der Krankenversicherung. Die Krankenhäuser sehen, dass der steigende Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung beide Versicherungszweige vor große Herausforderungen stellt. Auch in Zukunft werden die Krankenhäuser durch eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu einer Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung beitragen. Steigender Finanzierungsbedarf darf jedoch nicht zulasten der Krankenhäuser, ihrer Beschäftigten und damit der Patienten gehen und muss über die bestehenden Finanzierungsinstrumente von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) aufgebracht werden. Dazu gehört auch, dass gesamtgesellschaftliche Solidarlasten wie die Beiträge von Versicherungsträgern, die heute keine sachgerechten Beiträge zahlen, vorrangig aus Steuermitteln finanziert werden.

Die Krankenhäuser setzen auch in Zukunft auf das Nebeneinander von GKV und PKV. Als wichtige Reformmaßnahmen betrachten die Krankenhäuser eine fehlanreizfreie Ausgestaltung des Finanzausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich [Morbi-RSA]) und die längst überfällige Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

NEBENEINANDER VON GKV
UND PKV ERHALTEN

GOÄ NOVELLIEREN

Abbildung 12: Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben

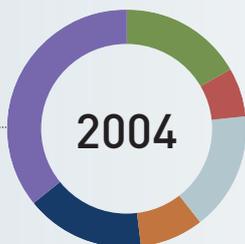
GKV-Leistungsausgaben: 131,16 Mrd. €

GKV-Leistungsausgaben: 202,05 Mrd. €

davon:
Krankenhausbehandlung

36,0% (47,17 Mrd. €)

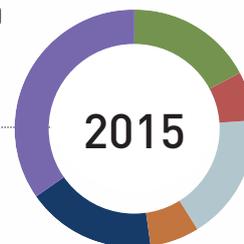
16,8 Mio.
Patienten



davon:
Krankenhausbehandlung

34,8% (70,25 Mrd. €)

19,2 Mio.
Patienten



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

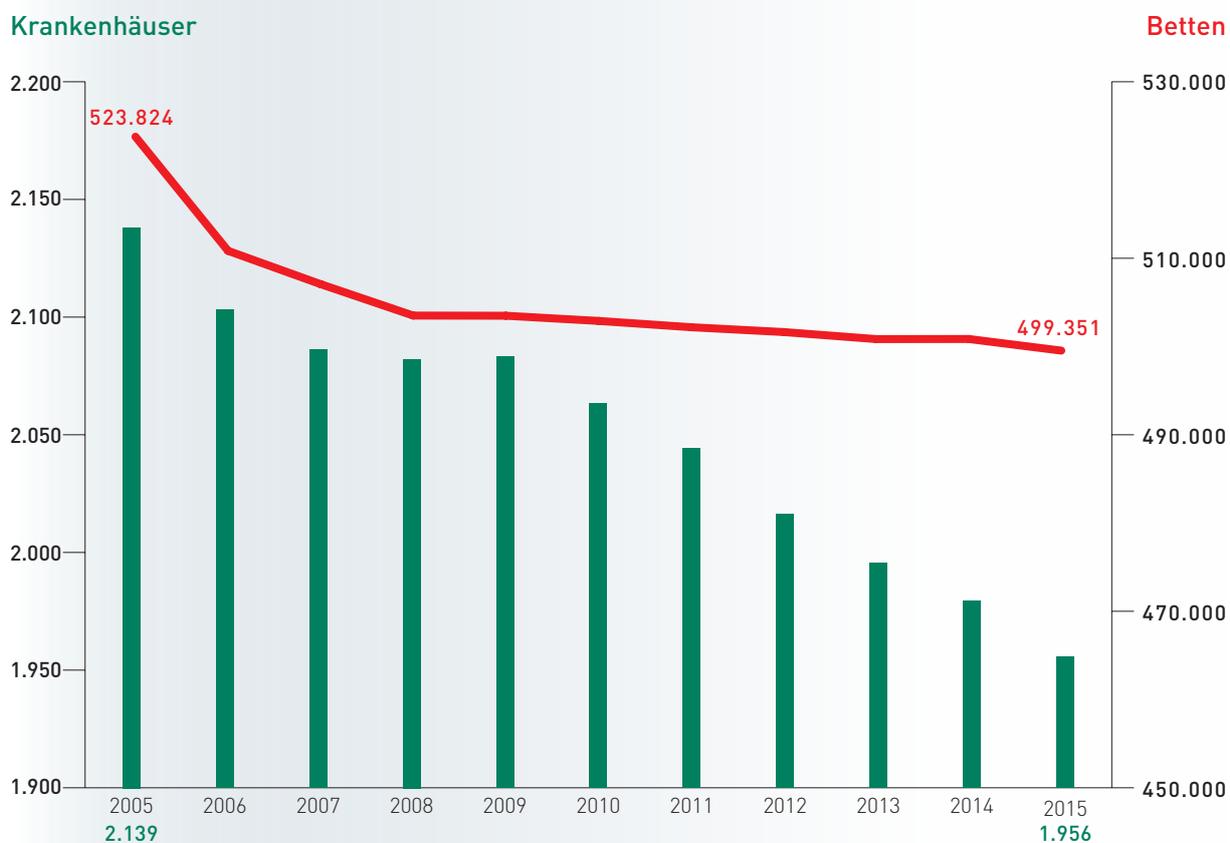
Krankenhäuser sind das Rückgrat der medizinischen Versorgung –
steigender Versorgungsbedarf bei sinkendem Anteil an den GKV-Leistungsausgaben!

8. Letztverantwortung der Länder stärken, Versorgungsplanung dezentralisieren und regionalisieren

Die zur Gesundheitsversorgung bislang eingesetzten Planungsinstrumente (die Krankenhausplanung der Länder und die vertragsärztliche Bedarfsplanung) werden den Erfordernissen einer patientenorientierten sektorenübergreifenden Versorgung nicht mehr gerecht. Den landesspezifischen Besonderheiten der Krankenhausplanung steht auf der vertragsärztlichen Seite eine Bedarfsplanung auf Basis bundeseinheitlicher Verhältniszahlen und genormter Vorgaben der Versorgungsregionen gegenüber. Die bekannten Probleme der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die ambulante Notfallversorgung sicherzustellen, sowie die immer größer werdenden Versorgungslücken vor allem im ländlichen Raum belegen den Änderungsbedarf eindrücklich.

SEKTORENGRENZEN
VERHINDERN DURCHGÄNGIGE
VERSORGUNG

Abbildung 13: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahl seit 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Krankenhausstrukturen unterliegen einem stetigen Wandel!

Position:

- Die politische Letztverantwortung für eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung muss in Zukunft bei den Ländern liegen. Dazu müssen die Länder neben den stationären auch die ambulanten Strukturen aktiv mitgestalten können. Sie brauchen zusätzlich zum bestehenden Recht zur Planung und Steuerung der stationären Krankenhauskapazitäten aktive Mitwirkungsrechte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgungssteuerung. Insbesondere müssen die Länder das Recht erhalten, Krankenhäuser dauerhaft zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung, einschließlich Notfallversorgung, zu ermächtigen.
- Den Krankenhausträgern ist bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen eine aktive und verantwortungsvolle Rolle einzuräumen. Deshalb soll die Krankenhausplanung als Rahmenplanung ausgestaltet sein und sich auf die Benennung der vorzuhaltenden Fachabteilungen beschränken. Nur so können auch in Zukunft durch Schwerpunktbildungen, Kooperationen und Fusionen die Bedürfnisse der Patienten nach Qualität und Sicherheit bestmöglich erfüllt werden. Die Trägervielfalt ist als bewährter Grundsatz weiterhin zu beachten.
- Im Rahmen ihrer Planungshoheit entscheiden die Länder über die regionale Krankenhausstruktur. Bundesweite Strukturqualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) müssen im Einklang mit dem vorrangigen Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung in den Regionen stehen und sollen als Orientierungswerte ausgestaltet werden. Durch Landesrecht müssen die Vorgaben des G-BA ausgeschlossen oder eingeschränkt werden können (analog zu den Mindestmengen und planungsrelevanten Qualitätsindikatoren).

ROLLE DER LÄNDER STÄRKEN

KRANKENHÄUSER BRAUCHEN
GESTALTUNGSSPIELRÄUME

TRÄGERVIELFALT
BEIBEHALTEN

STRUKTURVORGABEN
ALS ORIENTIERUNGSWERTE
AUSGESTALTEN

9. Ambulante Krankenhausversorgung ausbauen, Rahmenbedingungen fair ausgestalten

Ambulante Notfallversorgung

Jährlich suchen rund 11 Millionen Patienten das Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung auf – mit deutlich steigender Tendenz. Die Krankenhäuser sind damit eine tragende Säule der ambulanten Notfallversorgung. Ohne die Kliniken wäre die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung zu jeder Tages- und Nachtzeit nicht zu gewährleisten. Nur die Krankenhäuser verfügen in der Regel über die personellen und technischen Möglichkeiten, um dringliche diagnostische Maßnahmen sofort durchzuführen. Auch die ambulante Erstversorgung von Notfällen, wie der Ausschluss eines Herzinfarktes oder die Versorgung von Wunden und Frakturen, kann in der Regel nur mit den Mitteln der Krankenhäuser erfolgen.

Durch zahlreiche gesetzliche Maßnahmen wurde zuletzt versucht, die sektorenübergreifende Verzahnung der ambulanten Notfallversorgung zu verbessern. Einerseits sollen die Notdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) an den Krankenhäusern angesiedelt werden und andererseits sollen die Vergütungen nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die Versorgung im Notfall und im Notdienst nach dem Schweregrad differenziert werden. Mit beiden Maßnahmen erkannte der Gesetzgeber die völlig unzureichende Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Zulassung und Vergütung ambulanter Notfalleistungen im Krankenhaus an. Während die Zusammenarbeit der KVen mit den Krankenhäusern – zumindest in einigen Regionen Deutschlands – funktioniert, konnte das Problem der unzureichenden Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung durch Krankenhäuser bis heute nicht gelöst werden.

KRANKENHÄUSER
SICHERN AMBULANTE
NOTFALLVERSORGUNG

AMBULANTE
NOTFALLEISTUNGEN
FAIR VERGÜTEN

Position:

- Die Rahmenbedingungen für die Gewährleistung fairer Zulassungs- und Vergütungsbedingungen für die ambulante Notfallbehandlung durch Krankenhäuser müssen durch die Einführung eines eigenständigen „§ 115e SGB V – Notfallbehandlung“ gesetzlich verankert werden:
 - Die Vergütung krankenhauserambulanten Notfallleistungen ist aus dem ergänzten Bewertungsausschuss herauszulösen und durch eine zweiseitige Vereinbarung zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband zu ersetzen. Dies gilt für die Höhe und die Struktur.
 - Die Vergütung der Notfallleistungen muss direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen, das heißt ohne Einbeziehung der KVen.
- Führt der hier dargestellte Weg nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation der ambulanten Notfälle, muss die Verankerung des Sicherstellungsauftrags bei den KVen ernsthaft infrage gestellt werden.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Die Zulassung der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter spezialfachärztlicher Leistungen hat den GKV-Patienten bei schweren Krankheiten erweiterte qualitativ hochwertige und interdisziplinär organisierte Behandlungsmöglichkeiten gebracht. Auf der Grundlage der ursprünglichen Rechtslage bieten rund 700 Krankenhausabteilungen den Patienten ambulante Behandlungen an, insbesondere im Bereich der Onkologie. Mit der Reform der spezialfachärztlichen Versorgung im Jahr 2012 wurde das ASV-System auch für die niedergelassenen Ärzte geöffnet und es wurden neue Zulassungsregelungen eingeführt. Nach fünf Jahren ist festzustellen, dass das neue System in einem hoffnungslos überbürokratisierten Regelungsdickicht zu ersticken droht. Völlig inakzeptabel ist, dass Krankenhausambulanzen und niedergelassene Onkologen bis zu 3.000 Seiten umfassende Anträge bei den Zulassungsgremien einreichen müssen, wenn sie sich zur ASV zulassen wollen bzw. ihre Zulassung nach altem Recht aufrechterhalten wollen.

REGELUNGSDICKICHT
GEFÄHRDET PATIENTEN-
VERSORGUNG

Position:

- Allen bereits nach altem Recht zugelassenen ASV-Einrichtungen ist ein dauerhafter Bestandsschutz zu gewähren.
- Alle Krankenhäuser, die in dem jeweiligen Versorgungsbereich stationäre Leistungen erbringen, sind wie beim ambulanten Operieren automatisch zur Erbringung ambulant spezialfachärztlicher Leistungen zuzulassen.
- Die gesetzliche Verpflichtung zu formalen Kooperationen mit den niedergelassenen Ärzten ist aufzuheben.
- Der Leistungskatalog der ASV ist gesetzlich festzulegen (basierend auf dem heutigen Katalog) und kann durch die Selbstverwaltungspartner erweitert werden.

Medizinische Versorgungszentren

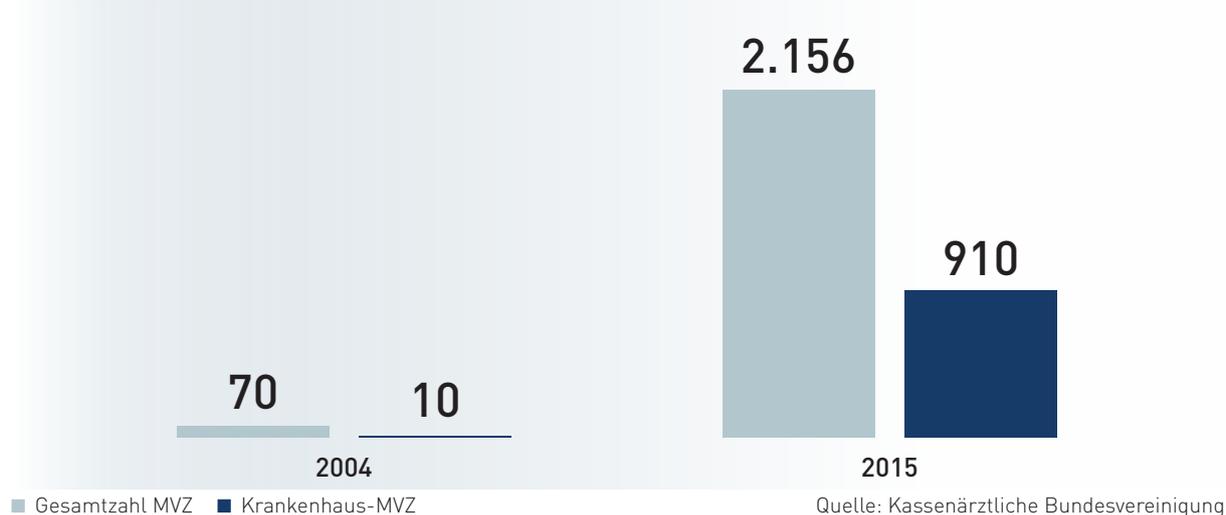
Medizinische Versorgungszentren (MVZ) der Krankenhäuser ermöglichen eine besonders gute Verzahnung der stationären mit der ambulanten medizinischen Versorgung.

KRANKENHAUS-MVZ
FÖRDERN

Position:

- MVZ, die räumlich an ein Krankenhaus angegliedert sind, sollen bei der Vergabe der für die Gründung erforderlichen Vertragsarztsitze daher zukünftig Vorrang erhalten.

Abbildung 14: Entwicklung der MVZ in Krankenhausträgerschaft 2004 und 2015



10. Gemeinsame Selbstverwaltung weiterentwickeln

In der 18. Legislaturperiode wurden der Selbstverwaltung viele neue Aufgaben übertragen. Dass die Selbstverwaltungspartner den größten Teil der Aufgaben fristgerecht umsetzen konnten, stellt deren Handlungsfähigkeit unter Beweis. Die durch das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung geprägte Organisation des deutschen Gesundheitswesens hat sich bewährt. Die Krankenhäuser wollen daran festhalten. Gleichwohl sehen die Krankenhäuser Weiterentwicklungsbedarf.

SELBSTVERWALTUNG STÄRKEN

Position:

- Die Politik muss die Grundsatzentscheidungen der Daseinsvorsorge selbst bestimmen und darf dies nicht aus der Hand geben.
- Die Umsetzung von Aufgaben, die an die Selbstverwaltungspartner delegiert worden sind und die zu wesentlichen Veränderungen der medizinischen Versorgung führen, muss mit einer politisch-parlamentarischen Überprüfung der Ergebnisse verknüpft werden. Zu denken ist an Beratungen der Umsetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags.
- Die Akzeptanz der Entscheidungen der Selbstverwaltung im G-BA erfordert ein Höchstmaß an Konsensfindungsbemühungen der Unabhängigen. Dies ist durch entsprechende Verfahrensregelungen sicherzustellen.
- Vorrangig sind die Aufgaben den Vertragspartnern zuzuordnen. Die G-BA-Zuordnung soll die Ausnahme sein. Dies gilt insbesondere für die Systeme zur Vergütung ambulanter und stationärer Krankenhausleistungen.
- Die Selbstverwaltung braucht faire Schiedsregelungen. Die im erweiterten Bundesschiedsamt zu entscheidenden Tatbestände sind neu zu ordnen und die Stimmverhältnisse ausgewogen zu gestalten. Alle Parteien müssen bei der Berufung der unabhängigen Schiedspersonen die gleichen Rechte haben.
- Die Beschlüsse des G-BA sind – rechtzeitig vor ihrem Inkrafttreten – systematisch auf ihre Auswirkungen auf die Versorgung zu analysieren.

POLITIK EINBINDEN

11. Europa/International: Kosten für Behandlung ausländischer Patienten decken, Kompetenzverteilung wahren

Deutsche Krankenhäuser stehen zunehmend vor der Herausforderung, ausländische Patienten in großer Zahl behandeln zu müssen. Neben Kriegsversehrten aus Krisengebieten, Flüchtlingen und Asylbewerbern werden auch große Zahlen von EU-Bürgern behandelt, ohne dass Kliniken hinreichend Zahlungssicherheit haben. Zudem bekommen die Krankenhäuser als Nothelfer das wirtschaftliche Risiko auferlegt. Bereits heute verzeichnen die Krankenhäuser deshalb einen jährlichen Forderungsausfall in Höhe von rund 100 Millionen Euro.

FORDERUNGS-
AUSFÄLLE
DER KRANKENHÄUSER
MINIMIEREN

Obwohl die Kompetenzen der Europäischen Union im Bereich der Gesundheitsversorgung nach dem EU-Vertrag von Lissabon beschränkt sind und die Hoheit über Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme den Mitgliedstaaten obliegt, wird durch EU-Rechtsakte und durch Beauftragung privater Organisationsformen (z. B. ISO, CEN, DIN für die Normung medizinischer Leistungen) dieses Kompetenzgefüge permanent verletzt. Hierdurch werden Planung, Steuerung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung erschwert. Gleichzeitig unterbleiben wichtige Reformen, zum Beispiel die Überarbeitung der EU-Arbeitszeitrichtlinie.

KOMPETENZVERTEILUNG
WAHREN

In anderen Politikbereichen als der Gesundheitspolitik hat die Europäische Union teils umfassende Gestaltungskompetenz übertragen bekommen. Die Ausübung dieser Mandate geschieht in zahlreichen Fällen, ohne die Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme zu berücksichtigen – zum Beispiel in Form systeminkompatibler Arbeitsrechtsvorgaben. Das gefährdet die flächendeckende Gesundheitsversorgung strukturell.

Der europäische Gesetzgeber verursacht – ohne Kompetenz und Regelungsanspruch für die Finanzierung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten – teils erhebliche Kosten für die Kliniken bei der Umsetzung der Vorgaben in die Praxis.

Position:

- Die Kosten für die Behandlung ausländischer Patienten, bei denen in Rechnung gestellte Leistungen nicht vereinnahmt werden können, müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe durch Bundesmittel gedeckt werden.
- Die Regelungen zum EU-weiten Erstattungssystem für die Behandlung von EU-Patienten müssen überarbeitet werden. EU-Mitglieder, die Kostenübernahmen verweigern, müssen wegen der Vertragsverletzung sanktioniert werden. Mindestens müssen Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, die Kosten durch Vorauszahlungen der Patienten abzusichern.
- Die Kompetenzverteilung des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) im Bereich der Gesundheitsversorgung muss gewahrt bleiben. Die „Subsidiaritätsbremse“ muss vom Bundestag und Bundesrat im Ernstfall genutzt werden.
- Die Finanzierung der sich aus EU-Gesetzen ergebenden Aufgaben für die Krankenhäuser muss bei der Implementierung in die nationale Rechtsordnung sichergestellt werden.
- Die Normung von Gesundheitsdienstleistungen durch DIN/CEN/ISO muss unterbunden werden. Nutzenbewertungen sind Angelegenheiten der nationalen Systeme.

II. PATIENTENWOHL UND DASEINSVORSORGE IN DER GESETZLICHEN UMSETZUNG

- Weiterentwicklung und Ausbau der Personalförderprogramme
- Bezugnahme der Tarifraten auf die vereinbarten Landesbasisfallwerte (statt Veränderungswert) und vollständige Berücksichtigung der linearen und strukturellen Personalkostensteigerungen
- Abschaffung des Anrechnungsschlüssels (9,5:1) bei der Ausbildungsvergütung
- Berufsgesetzliche Anerkennung der Assistenzberufe (OTA/ATA)
- Ausbau der Studienkapazitäten für Humanmedizin
- Refinanzierung der Weiterbildungskosten
- Qualitätskontrollen durch die gemeinsamen Gremien auf Landesebene statt MDK
- Vollständige Eingliederung der vertragsärztlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
- Verpflichtende Auswirkungsanalysen bei G-BA-Beschlüssen
- Abschaffung des Veränderungswerts (Grundlohnrate) als Obergrenze bei den Landesbasisfallwerten
- Beibehaltung des Bundesbasisfallwerts für den Konvergenzkorridor der Landesbasisfallwerte
- Ergänzung der Fallpauschalen durch hausindividuelle Zuschläge für regionale und strukturelle Besonderheiten
- Neuer DRG-Katalog nur noch alle zwei Jahre
- Einführung eines eigenständigen Vergütungssystems für ambulante Notfalleistungen der Krankenhäuser
- Dauerhafter Bestandsschutz für alle nach altem Recht zugelassenen ASV-Einrichtungen der Krankenhäuser
- Sonderinvestitionsprogramm „Digitales Krankenhaus“ und Einführung eines Digitalisierungszuschlags
- Überführung der MDK-Abrechnungsprüfung auf eine neutrale Prüfinstanz
- Politisch-parlamentarische Überprüfung der an den G-BA delegierten Umsetzungsaufgaben
- Gleichrangige Einbeziehung der DKG in die Schiedsgremien (Bewertungsausschuss/Bundesschiedsamt)
- Mitgestaltungsrechte der Länder an der vertragsärztlichen Versorgungssteuerung

**Die Krankenhäuser fordern von den Ländern,
den Investitionsbedarf von 6 Milliarden Euro zu finanzieren.**

III. KRANKENHÄUSER IN ZAHLEN

- Versorgungsleistungen mit einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt in Höhe von 3,2 Prozent
- Stärkster Leistungsbereich (34,8 Prozent der Leistungsausgaben) in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 97 Milliarden Euro Gesamtumsatz
- 1.956 Krankenhäuser
- 499.351 Betten
- 141,3 Millionen Belegungstage
- 19,2 Millionen stationäre Patienten
- 20 Millionen ambulante Patienten
- 1,2 Millionen Mitarbeiter (868.044 Vollkräfte)
- 426.838 Pflegekräfte (320.905 Vollkräfte)
- 181.323 Krankenhausärzte (154.364 Vollkräfte)
- 5.460 Belegärzte
- Durchschnittliche Verweildauer von 7,3 Tagen
- 1.209 Fallpauschalen
- 192 Zusatzentgelte

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Qualitätsmaßnahmen der Krankenhäuser	11
Abbildung 2: Überführung der vertragsärztlichen Qualitätssicherung in den G-BA	13
Abbildung 3: Entwicklung der Beschäftigten- und Fallzahlen 1991 bis 2015	15
Abbildung 4: Beschäftigte 2015 nach Wirtschaftszweigen	16
Abbildung 5: Entwicklung des Anteils der über 60-jährigen Patienten im Krankenhaus	16
Abbildung 6: Beschäftigte nach Dienstarten (Vollkräfte)	17
Abbildung 7: Ausbildungsplätze nach Dienstarten	20
Abbildung 8: Entwicklung der Investitionsförderung seit 1993	25
Abbildung 9: Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser	33
Abbildung 10: Internationaler Vergleich der Krankenhauskosten 2014 (je Fall in Dollar)	35
Abbildung 11: Entwicklung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte seit 2004	37
Abbildung 12: Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben	38
Abbildung 13: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahl seit 2005	39
Abbildung 14: Entwicklung der MVZ in Krankenhausträgerschaft 2004 und 2015	43

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland. Sie vertritt die Interessen der 28 Mitglieder – 16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände – in der Bundes- und EU-Politik und nimmt ihr gesetzlich übertragene Aufgaben wahr. Die 1.956 Krankenhäuser versorgen jährlich 19,2 Millionen stationäre Patienten und rund 20 Millionen ambulante Behandlungsfälle mit 1,2 Millionen Mitarbeitern. Bei 97 Milliarden Euro Gesamtumsatz in deutschen Krankenhäusern handelt die DKG für einen maßgeblichen Wirtschaftsfaktor im Gesundheitswesen.

