

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)340(8)**  
gel VB zur öffentl Anh am  
19.05.2021 - Krankenhaus  
19.05.2021

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Kantstraße 10 • 63477 Maintal  
Fon 06181 – 432 348 • 0172 – 185 8023  
[info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de) • [www.vdaee.de](http://www.vdaee.de)

Maintal, 17.05.2021

## **Stellungnahme zur Krankenhausfinanzierung**

### **Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte**

*„Das Fallpauschalensystem, nach dem Diagnose und Therapie von Krankheiten bezahlt werden, bietet viele Anreize, um mit überflüssigem Aktionismus Rendite zum Schaden von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften. Es belohnt alle Eingriffe, bei denen viel Technik über berechenbar kurze Zeiträume zum Einsatz kommt – Herzkatheter-Untersuchungen, Rückenoperationen, invasive Beatmungen auf Intensivstationen und vieles mehr. Es bestraft den sparsamen Einsatz von invasiven Maßnahmen. Es bestraft Ärztinnen und Ärzte, die abwarten, beobachten und nachdenken, bevor sie handeln.“ (aus: „Rettet die Medizin“, Ärzte-Appell des Magazin stern vom 5. September 2019; getragen von mehr als 50 vorwiegend ärztlichen Organisationen und Verbänden sowie über 1.500 ärztlichen Unterzeichner\*innen)*

Die Unterordnung aller Behandlungsprozesse unter die Prinzipien von Ökonomisierung und Kommerzialisierung ist Kern des Fallpauschalensystems. Die ökonomisch motivierte Verformung der – sinnvollerweise am Behandlungsbedarf auszurichtenden – Struktur eines Krankenhauses schlägt im DRG-System von der Geschäftsführung nach unten auf die Station durch bis auf die einzelnen Beschäftigten in den verschiedenen Berufsgruppen, die an der Deformierung ihrer Profession leiden. Das eigentliche, verbindende Element professioneller Autonomie in den Gesundheitsberufen stellt die Orientierung an guter Arbeit, dem Wohl der individuellen Patient\*in und dem Gemeinwohl dar. Diese erstrebenswerte professionelle Haltung der für den Behandlungserfolg wichtigen Fachleute wird im deutschen Fallpauschalensystem missachtet und beschädigt.

Fallpauschalen erzeugen einen starken betriebswirtschaftlichen Druck, die Kosten bei der Behandlung

des einzelnen „Falles“ so gering als irgend möglich zu halten. Da Personalkosten der größte Kostenanteil im Krankenhaus sind, ist es betriebswirtschaftlich vernünftig, mit möglichst wenig bzw. zu wenig Personal zu arbeiten. Die Aushöhlung der Professionalität, Demotivierung und Frustration sind zwar in Details in den Berufsgruppen unterschiedlich, aber letztlich doch für alle Beschäftigten gleich, wenn gute Arbeit und die Orientierung am Patient\*innenwohl nicht oder kaum zu verwirklichen sind. Im Bereich der nicht-ärztlichen Berufe im Krankenhaus gilt diese Logik nahezu uneingeschränkt.

Im Bereich der Pflege, der Heilberufe, der Sozialdienste und weiterer Berufsgruppen wurden Tätigkeitsfelder und Stellenpläne in wiederkehrenden Kürzungsrunden zusammengestrichen. Die materielle und symbolische Entwertung der Berufe bewirkt eine *Deprofessionalisierung* dieser wichtigen pflegerischen, therapeutischen, medizinischen und sozialen Tätigkeiten. Dabei werden die Betroffenen sowohl als Fachgruppe als auch individuell dem systematisch erzeugten Kostendruck ausgesetzt und, vor allem durch Verknappung von Behandlungszeiten, zu einer Rationierung ihrer Tätigkeiten gezwungen. Der Widerspruch zwischen professionellem Anspruch und erzwungener Unterversorgung anvertrauter Patient\*innen, dadurch entstehende Schuldgefühle und Frustrationen müssen individuell ertragen werden. In der aufwendigen Dokumentation im DRG-System wird ein "zu wenig" an Zuwendung allerdings nicht erfasst. Aufgrund des allgegenwärtigen Kostendrucks registrieren und sanktionieren Vorgesetzte und Klinikleitungen allenfalls ein "zu viel".

Viel Fachkräfte haben persönliche Konsequenzen gezogen und ihre Arbeitszeit reduziert, innerlich gekündigt oder ihre Position struktureller Hilflosigkeit an einem weitgehend sinnentleerten Arbeitsplatz verlassen und sich beruflich umorientiert – oft schweren Herzens. Dies ist eine der wesentlichen Ursachen des allseits beklagten Fachkräftemangels in patientennahen Berufen. Schon jetzt kündigen viele weitere Beschäftigte an, den Beruf zu verlassen, sobald die Corona-Pandemie soweit unter Kontrolle ist, dass es wieder einen gewissen „Alltag“ geben wird.

Durch die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRG seit 2020 bestand die Hoffnung, dass wenigstens die Krankenpflege aus der Abwärtsspirale von Kostensenkung und Unterversorgung entkommt. Allerdings erhöht sich jetzt ist für alle anderen Berufsgruppen, die nicht aus dem Pflegbudget bezahlt werden, der Druck noch weiter: So hat z.B. Helios angekündigt, in Zukunft viele Arztstellen (in der Presse wird die Zahl von ca. 10% genannt) abzubauen. Das wird den Arbeitsdruck auf die verbleibenden Ärztinnen enorm erhöhen und zu einer verschärften Delegation ärztlicher Leistungen auf Pflegepersonal führen. Damit wird auch die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals weiter steigen. Ob unter diesen Bedingungen die Versorgung der Patient\*innen qualitativ gut ist oder bleibt, kann bezweifelt werden.

Gleichzeitig versuchen vor allem Kliniken in privater Trägerschaft alles Pflegehilfpersonal, das nicht über das Pflegebudget abgerechnet werden kann, abzubauen (siehe z.B. die Asklepios-Klinik in Bad Tölz oder die geplanten Entlassungen in der Sana DGS pro.service GmbH). All dies wird den Arbeitsdruck weiter erhöhen, wenn nicht die Finanzierung geändert wird zugunsten einer vollständigen Kostendeckung und damit die DRGs aufgegeben werden.

Spätestens seit der Corona-Pandemie hat sich die Dysfunktionalität der Finanzierung über DRG deutlich auch der breiten Öffentlichkeit gezeigt: Ein System der Daseinsvorsorge braucht eine systematische und gesicherte Finanzierung von Vorhaltekosten. Die Bezahlung über DRG, die alleine der „Leistung“ folgt, also nur erfolgt, wenn Patient\*innen tatsächlich ein Bett belegen, widerspricht vollkommen der sachlichen Logik eines vernünftigen Versorgungssystems. Zudem benachteiligt sie Akutkrankenhäuser bzw. Notfallversorger.

### **Was macht das deutsche DRG-System mit der Professionalität der Ärzt\*innen?**

Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer ist kompromisslos: „(*§2*) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen. (...) (*§4*) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“<sup>1</sup>

Da die Ärzteschaft, besonders ihre Führungskräfte, einen bestimmenden Einfluss auf die Steuerung der Prozesse in den Krankenhäusern ausübt, war es politisch entscheidend, sie für die neuen Handlungsmaximen und Management-Techniken zu gewinnen, damit sie dem ökonomischen Primat der DRGs aktiv folgen. Dabei werden die in der Ärzteschaft weit verbreitete unkritische Leistungs- und Zielorientierung und eine oftmals elitäre Grundhaltung, verbunden mit einem starken Führungsanspruch, durch die Konstruktion des DRG-Systems gefördert. Üblich ist es, abteilungsgebundene Leistungsziele zu vereinbaren, die z.B. mit mehr Personalstellen, Geld oder mehr Betten „belohnt“ werden. Das Bonussystem in Gestalt von individuellen „erfolgsabhängigen“ Boni für Chefärzt\*innen wurde nach öffentlicher Kritik etwas eingeschränkt. Aber letztlich funktioniert das System bestens mit der Erpressung ganzer Abteilungen, die

---

<sup>1</sup> (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997, in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018, in: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf)

individuellen Boni sind nur das Sahnehäubchen.

In jedem Fall gilt: Die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme einer Patient\*in wird ärztlich getroffen, die Festlegung von Diagnosen und die Indikationsstellungen zu Prozeduren und Operationen ebenso. Die Gesetzmäßigkeiten des deutschen DRG-Systems besagen: Vorhaltekosten werden Krankenhäusern nicht erstattet. Die Anzahl stationärer Behandlungen sowie Menge und Invasivität lukrativer medizinischer „Prozeduren“ entscheiden über die Höhe der DRG-Erlöse, also den wesentlichen Teil der Einnahmen eines Krankenhauses.

Damit hat die Ärzteschaft unfreiwillig eine doppelte, widersprüchliche Schlüsselrolle – für das Wohl der Patient\*innen einerseits und den betriebswirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses andererseits. Dieses Dilemma ärztlichen Handelns kann aufgrund der ökonomischen Zwangsgesetze des DRG-Systems individuell niemals aufgelöst werden. Ein derartiges moralisches Dilemma ärztlichen Handelns lässt dieses Finanzierungssystem nicht etwa unabsichtlich zu, sondern es wird gezielt erzeugt.

Wer einmal Zeug\*in wurde, wie unzureichende Erlöse aus Fallpauschalen der Anlass waren, für eine gute Versorgung notwendige ärztliche und pflegerische Stellen in einer Fachabteilung zu streichen, weiß, wie bedrückend dieses Dilemma ist. Die gesellschaftliche Bedeutung dieser Problematik hat den Deutschen Ethikrat 2016 dazu bewogen, mit der Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ gezielt zu intervenieren. Die politischen Entscheider\*innen und die betriebswirtschaftlichen Klinikleitungen als deren Gewährsträger befinden sich allerdings in sicherer Entfernung von der Krankenversorgung und ihren Zwängen und Nöten. Heinz Naegler und Karl-Heinz Wehkamp schreiben in einem Artikel, der die Ergebnisse ihrer Studie „Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview“ von 2018 zusammenfasst: *„Dadurch zeichnen die Ärzte ein anderes Bild der deutschen Krankenhausmedizin als die Geschäftsführer. Die Einschätzungen beider Gruppen liegen vielfach weit auseinander (siehe Tabelle unten).“*<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Heinz Naegler, Karl-Heinz Wehkamp, Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 47, 24.11.2017

**TABELLE**

**Antworten von Ärzten und Geschäftsführern auf ausgewählte Fragen**

Frage	Antworten (nur Leitfadeninterviews)			
	Ärzte		Geschäftsführer	
Aus wirtschaftlichen Motiven werden Patienten aufgenommen, die nicht unbedingt ins Krankenhaus gehören.	ja nein k. A.	16 1 3	ja nein k. A.	3 17 1
Aus wirtschaftlichen Motiven werden „lukrative DRGs“ bevorzugt aufgenommen.	ja nein k. A.	9 9 2	ja nein k. A.	3 16 2
Aus wirtschaftlichen Motiven werden Wahlleistungspatienten bevorzugt aufgenommen.	ja nein k. A.	10 5 5	ja nein keine eindeutige Antwort	1 18 2
Aus wirtschaftlichen Motiven werden für Patienten gesondert abrechenbare Leistungen erbracht, zum Beispiel Herzkatheter-Untersuchungen oder Koloskopien, die medizinisch nicht notwendig sind.	ja nein k. A.	9 4 7	ja nein k. A.	3 17 1
Aus wirtschaftlichen Gründen werden Patienten mehrfach aufgenommen, obwohl aus medizinischer Sicht vor der DRG-Ära nur ein Krankenhausaufenthalt üblich war.	ja nein k. A.	12 4 4	ja nein k. A.	9 11 1
Aus wirtschaftlichen Gründen werden Patienten operativ behandelt, obwohl aus medizinischer Sicht die konservative Behandlung angemessen wäre.	ja nein k. A.	8 4 8	ja nein k. A.	4 15 2
Medizinische Abteilungen und Verfahren, die dem Haus viel Geld bringen, werden bevorzugt ausgebaut. Das entspricht nicht immer dem medizinischen Bedarf.	ja nein k. A. weder ja noch nein	18 0 0 2	ja nein k. A.	5 13 2 1
Es kommt vor, dass die Behandlungsdauer von Patienten, zum Beispiel deren Beatmung oder der Aufenthalt in einer Intensiv- oder Palliativstation, direkt oder indirekt durch die DRG beeinflusst wird.	ja nein k. A.	12 5 3	ja nein k. A. weder ja noch nein	5 13 0 1
Aus Kostengründen wird gelegentlich auf die zweit- oder drittbeste Therapie zurückgegriffen.	ja nein k. A.	7 8 5	ja nein k. A.	1 19 1
Der Entlassungszeitpunkt von Patienten ist oft nicht nur durch medizinische und soziale Umstände begründet.	ja nein k. A.	11 8 2	ja nein k. A.	11 8 2

DRG, „diagnosis related groups“, deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen; k. A., keine Antwort

**Die Indikationsstellung als Haupt-Einfallstor für ökonomische Interessen**

Die Problematik der ärztlichen Indikationsstellung wurde 2015 in der Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“ so dargestellt: „Die Indikation lässt sich definieren als die Beurteilung eines Arztes, ob eine konkrete medizinische Maßnahme angezeigt (indicare = anzeigen) ist, um ein bestimmtes Behandlungsziel zu erreichen. (...) Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die medizinische Indikation nicht im Sinne eines Algorithmus zu verstehen ist, weil sie zwangsläufig auf eine Verbindung wissenschaftlicher Fakten mit lebensweltlichen Aspekten des Patienten in seinem soziokulturellen Bezug angewiesen ist. Sie ist somit nicht weniger als das Resultat eines individuellen ärztlichen Abwägungsprozesses, bezogen auf einen bestimmten Zeitpunkt. Allerdings setzt die Unaufhebbarkeit singulärer Entscheidungen nicht die Notwendigkeit außer Kraft, dass die medizinische Indikation letzten Endes nach Regeln gestellt wird. (...) Zugleich ist die Indikation als Ergebnis dieses Entscheidungsprozesses eine Kategorie, die im ärztlichen Berufsrecht genauso ihren Niederschlag gefun-

den hat wie im Recht der ärztlichen Behandlung. Sie ist ein normatives Konzept, das zwischen gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Maßnahmen differenziert. Damit hat sie auch eine soziale Funktion, weil an die medizinische Indikation oft die Frage nach der Übernahme der Kosten durch die Solidargemeinschaft geknüpft ist. Und schließlich hat die medizinische Indikation eine personale Funktion, weil darüber das Vertrauensverhältnis zum Arzt gestiftet wird. (...) Aufgabe des Arztes ist es also, sich der Funktion der Indikation als eine Art Filter bewusst zu sein und so dem Patienten nur die Interventionen anzubieten, die nach medizinischem Standard und nach Berücksichtigung der konkreten Patientengeschichte angezeigt erscheinen. (...) Fehlentwicklungen können sich im ambulanten wie im stationären Bereich gerade deshalb ausweiten, weil die medizinische Indikation ein vielschichtiger Begriff ist, der dazu missbraucht werden kann, eine ökonomisch motivierte Intervention zu maskieren. (...) Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Verinnerlichung ökonomischer Logiken von Seiten der Ärzte besteht die Gefahr, dass sie bei bestehenden ökonomischen Anreizen zur ‚Fallzahlerhöhung‘ dazu verleitet werden, ihre Patienten subtil zu täuschen. Sofern es zu einer solchen Täuschung kommt, ist dies nicht nur ein individualethisches Problem, sondern zugleich ein strukturelles Problem: Es zeugt von einer nicht verantwortbaren Dysfunktionalität des Systems, dass Ärzte in derartigen Situationen der Zerrissenheit zwischen zwei konkurrierenden Entscheidungslogiken geraten und eine moralische Dissonanz verspüren. Solche strukturellen Fehlentwicklungen könnten auch rechtliche Folgen haben, wenn medizinisch nicht begründete Indikationen zu nicht indizierten Maßnahmen (z. B. Diagnostik, Therapie, Operation) führen. Neben der individuellen Haftung eines Arztes für einen Behandlungsfehler kommt eine Organisationshaftung des Krankenhauses bzw. des Trägers in Betracht. Hart und Hubig fassen die Aussage wie folgt zusammen: ‚Der sich in einer medizinisch nicht indizierten Diagnostik oder Therapie manifestierende (ökonomisch begründete) Interessenkonflikt ist fehlerhafte Behandlung und Organisationsfehler.‘<sup>3</sup>

Die empirischen Belege für ökonomisch motivierte, medizinisch nicht indizierte stationäre Krankenbehandlungen und invasive Prozeduren sind nach rund 15 Jahren Fallpauschalensystem in Deutschland so zahlreich und erdrückend, dass sie nach langen Jahren des Leugnens mittlerweile von der Fachwelt (fast) einhellig nicht mehr nur eingestanden werden, sondern der politische Prozess der Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung auch offen kritisiert wird.

Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels ist zu erwarten, dass sich der Widerspruch von gleichzeitiger Unter- und Überversorgung konkurrierender Patientengruppen weiter verschärft. Wenn das Fall-

---

<sup>3</sup> Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 18, 1. Mai 2015, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/SN\\_Med.\\_Indikationsstellung\\_OEkonomisierung.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/SN_Med._Indikationsstellung_OEkonomisierung.pdf)

pauschalensystem bleibt, wird auch der ökonomische Druck bleiben, fragwürdige, aber lukrative Maßnahmen zu indizieren. Die knapper werdenden personellen Ressourcen werden dabei aber fehlgeleitet: In ökonomisch unattraktiven Bereichen wie z.B. der Notfallversorgung wird also ein Fachkräftemangel in Kauf genommen. Die Konsequenz ist eine unwürdige und Patient\*innen gefährdende, implizite Rationierung in Medizin und Pflege.

Man sollte also nicht über die Frage diskutieren, ob wir zu viele Betten und Krankenhäuser haben und welche Strukturmaßnahmen den Wirkungsgrad der Krankenhäuser verbessern. Sondern man sollte endlich zur Kenntnis nehmen, dass im Fallpauschalensystem wertvolle personelle Ressourcen für unnötige Maßnahmen verschwendet werden.

### **Reformbedarf aus Sicht der demokratischen Ärztinnen und Ärzte**

#### ***Profitverbot – die Bedarfe der Bevölkerung müssen in den Mittelpunkt gestellt werden***

Kliniken müssen von Wirtschaftsbetrieben wieder zu öffentlichen Einrichtungen werden. Die Möglichkeit, mit Krankenhäusern Gewinne zu erwirtschaften, muss abgeschafft werden. Konzerne (u.a. Krankenhausketten, Pharmakonzerne, Versicherungen) und Finanzinvestoren würden Beiträge der Versicherten dann nicht länger über die stationäre Gesundheitsversorgung in privaten Profit verwandeln können, sie würden ihr Kapital aus diesem Feld der Daseinsvorsorge abziehen und die Krankenhäuser würden von demokratisch legitimierten Institutionen geführt werden können. Die Fehlentwicklungen, die aus Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen entstehen, lassen sich innerhalb eines marktförmigen Finanzierungssystems, das Profit ermöglicht, weder mit politisch-bürokratischen Vorgaben und Kontrollen noch mit Anpassungen in Schach halten.

#### ***Bedarfsermittlung und Planung – evidenzbasierter und gemeinwohlorientierter Prozess ist notwendig***

Um eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur zu gestalten und kontinuierlich weiterzuentwickeln, ist ein wissenschaftlich fundierter Planungsprozess unter öffentlicher Verantwortung notwendig. Diese erfordert eine politische Diskussion und demokratische Kontrolle. Dabei ist insbesondere eine Partizipation der Betroffenen (Versicherte, Patient\*innen, nicht-ärztliche und ärztliche Leistungserbringer\*innen, Krankenkassen, Gewerkschaften staatliche Institutionen) unverzichtbar. Grundlage der Planung muss eine evidenzbasierte Bedarfsermittlung (und nicht bloß rechnerisch ermittelte Durchschnitte wie die Pflegepersonaluntergrenzen) sein, die in Zukunft wesentlich stärker soziale Determinanten von Gesundheit (Armut, Wohnsituation, Arbeitsplätze etc.) berücksichtigt. Eine kontinuierlich begleitende Versor-

gungsforschung und öffentlich geförderte Public Health-Wissenschaften sind dabei wichtig. Zudem müssen die notwendigen politischen und juristischen Instrumente geschaffen werden, um eine solche Versorgungsstruktur auch gegen privatwirtschaftlichen Widerstand durchsetzen zu können.

### ***Kostendeckungsprinzip – Abschaffung des Fallpauschalensystems***

Das Fallpauschalensystem muss zugunsten einer sachgerechteren Finanzierung abgeschafft werden, weil es sich zum wichtigsten Instrument der Privatisierung und Ökonomisierung entwickelt hat. Die Leistungen müssen dem medizinischen Bedarf folgen und nicht dem Geld. Einige Kernelemente einer neuen Krankenhausfinanzierung lassen sich auf Anhieb benennen: Prinzipiell sollen medizinische Leistungen sachgerecht erbracht werden. Die Indikationsstellung für diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen und Pflege muss frei sein von Vergütungserwägungen. Die entstandenen Kosten sollen den Einrichtungen nach dem Prinzip der Kostendeckung erstattet werden. Gewinne und Verluste sind dann nicht mehr möglich. Auf Basis der skizzierten fundierten Bedarfsermittlung lassen sich konkrete Budgets für die medizinische Versorgung in definierten Versorgungsbereichen oder Regionen ermitteln. Allein die überfällige Einführung umfassender und verbindlicher Vorgaben für die Personalbemessung der Beschäftigtengruppen würde solche Versorgungsbudgets zu einem großen Anteil festlegen. Die Leistungs- und Kostenstruktur der Krankenhäuser kann dabei auch problemlos transparent gemacht werden, um sie auf ökonomische Rationalität hin zu überprüfen.

### ***Finanzierung von Investitionen – Um eine bedarfsgerechte Reform der Krankenhauslandschaft zu verwirklichen, muss auskömmlich investiert werden***

Die Bundesländer müssen endlich wirksam gesetzlich verpflichtet werden, Krankenhausinvestitionen auskömmlich zu finanzieren. Die Steuergesetzgebung und die Verteilung der Steuermittel sind dabei zugunsten einer bedarfsgerechten Versorgung zu verändern. Es ist außerdem zu überlegen, ob nicht auch der Bund einbezogen werden muss in die Finanzierung der Investitionskosten.