Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)343(1)
gel VB zur öffent Anh am
09.06.2021 - Notfallversorgung
02.06.2021

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT
DKG
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 20.11.2018 (BT-Drs. 19/5909)

sowie zum

Antrag der Fraktion der FDP vom 17.12.2019 (BT-Drs. 19/16037)

zum

Thema „Notfallversorgung“

vom 2. Juni 2021

Von 1.700 Akutkrankenhäusern in Deutschland nehmen etwa 1.200 Krankenhäuser an der ambulanten Notfallversorgung teil. Wenngleich der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, sind die Krankenhäuser damit die tragende Säule der ambulanten Notfallversorgung. Hinzu kommt, dass es den Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten zunehmend schwer fällt, die ambulante Notfallversorgung flächendeckend sicherzustellen. Dazu fehlen ihnen die fachspezifischen personellen Ressourcen und die erforderliche Infrastruktur, die sich nur an Krankenhäusern findet. Es steht außer Frage, dass die Notfalleinrichtungen der Krankenhäuser teilweise auch von Patientinnen und Patienten aufgesucht werden, die zu den regelhaften Öffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte versorgt werden könnten. Offensichtlich erhalten die Patientinnen und Patienten an anderer Stelle keine erreichbare oder keine adäquate Versorgung und entscheiden sich deshalb, die Notaufnahmen aufzusuchen. Auch verweisen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen selbst die Patientinnen und Patienten häufig in die Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Vor diesem Hintergrund ist eine Reform der ambulanten Notfallversorgung dringend angeraten. Die Krankenhäuser bedauern daher, dass dieses wichtige Reformprojekt in der laufenden Legislaturperiode nicht auf den Weg gebracht werden konnte.

Flächendeckende ambulante Notfallversorgung aus einer Hand

Die Krankenhäuser haben ein Konzept zur Reform der ambulanten Notfallversorgung basierend auf regionaler Vielfalt und Verantwortlichkeit vor Ort sowie auf dem Fortbestand funktionierender Strukturen entwickelt.

Die Eckpunkte des Konzeptes sind:

- Die gezielte Lenkung von potentiellen ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten durch eine gemeinsame Leitstelle inklusive einer verbesserten telefonischen Beratung ist ein zentrales Steuerungsinstrument in einem gestuften ambulanten Notfallsystem. Hierbei gilt: Patientinnen und Patienten, die voraussichtlich durch die niedergelassenen Arztpraxen ausreichend gut versorgt werden können, müssen konsequent auch von der Leitstelle an diese Stellen verwiesen werden.

  Die Krankenhäuser unterstützen deshalb auch die in den Anträgen von Bündnis90/Die Grünen und der FDP geforderte verbesserte telefonische Beratung und eine Zusammenführung der Leitstellen zur Optimierung der Patientensteuerung.

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages dafür Sorge tragen, dass aus der gemeinsamen Leitstelle heraus jederzeit zu den üblichen Sprechstundenzeiten ambulante Behandlungsangebote in den niedergelassenen Arztpraxen vermittelt werden können. Sofern sich Patientinnen und Patienten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten an die gemeinsame Leitstelle wenden und dort kein unmittelbarer Behandlungsbedarf festgestellt wird, müssen diesen Patientinnen und Patienten ebenfalls kurzfristig ambulante Behandlungsangebote in den niedergelassenen Arztpraxen vermittelt werden. Die gemeinsamen Leitstellen bewirken so

eine gezielte Steuerung der Patientinnen und Patienten in die geeigneten Versorgungsstrukturen und eine hohe Akzeptanz für diese Steuerung.

- In allen übrigen Fällen, in denen Patientinnen und Patienten als ambulante Notfälle aufgrund ihres medizinischen Versorgungsbedarfes nicht in den niedergelassenen ambulanten Strukturen behandelt werden können, werden diese ambulanten Notfallleistungen zukünftig regelhaft an den Standort des Krankenhauses überführt. Alle Krankenhäuser, die einer Stufe des Notfallstufensystems nach § 136 c Abs. 4 SGB V angehören, sind Integrierte Notfallzentren (INZ), in denen auch vertragsärztliche Strukturen (Portalpraxen, einzelne Vertragsärzte) eingebunden sein können. Insofern sind INZ Krankenhäuser, in denen die ambulante und stationäre Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten zusammengeführt ist. Das Land kann im Bedarfsfall weitere Krankenhausstandorte als INZ ausweisen, um die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung im medizinischen Notfall sicherzustellen (Öffnungsklausel).

- Vor dem Hintergrund der regionalen Besonderheiten und der vielfach gut funktionierenden individuellen Strukturen vor Ort, ist die Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung stärker in den Diskurs und die Entscheidungsstrukturen im Land einzubinden. Die politische Letztverantwortung für eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung muss auch in Zukunft bei den Ländern liegen. Sollten Versorgungsdefizite entstehen, muss aus Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung sektorenübergreifende Versorgungssteuerung werden. Dazu brauchen die Länder mehr aktive Mitgestaltungsrechte in der vertragsärztlichen Versorgungssteuerung. Sie müssen das Recht haben, Krankenhäuser dauerhaft zur ambulanten Versorgung (auch Notfallversorgung) zuzulassen.

  Bündnis 90/Die Grünen fordern in ihrem Antrag, den Sicherstellungsauftrag für eine integrierte Notfallversorgung auf die Länder zu übertragen. Die Krankenhäuser schließen sich dieser Forderung nur unter der Voraussetzung an, dass der Sicherstellungsauftrag nicht von der Vertragsärztinnen und -ärzten erfüllt werden kann. Vor dem Hintergrund der im Wettbewerb stehenden und insbesondere auf Kostenreduktion fokussierten Krankenkassen ist es versorgungspolitisch nicht empfehlenswert, bei der Bestimmung von weiteren Standorten für die Notfallversorgung Einvernehmen herstellen zu müssen. Hier sollten die Länder die alleinige Verantwortung und Kompetenz tragen.

- Die Leistungserbringung in diesen INZ kann, wie bisher vielfach üblich, in der (kooperativen) Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfolgen. Erfolgreiche Modelle finden sich schon jetzt in vielen Regionen. An Krankenhausstandorten, die nicht über solche Kooperationen verfügen oder an welchen diese nicht realisiert werden konnten, übernehmen die Krankenhäuser diese Aufgabe in alleiniger Verantwortung. Die Krankenhäuser stehen wie bereits in der Vergangenheit zu partnerschaftlichen Kooperationen bereit. Die Zusammenarbeit zwischen den Portalpraxen und den Notaufnahmen der Krankenhäuser bedarf keiner weiteren gesetzlichen Vorgaben.

Die im Antrag der FDP vorgesehene generelle Übertragung der Leitung der INZ an die Kassenärztlichen Vereinigungen lehnt die DKG ab. Da es sich bei den für den Betrieb der INZ erforderlichen Personal und der Infrastruktur überwiegend um Ressourcen der Kliniken handelt, müssen diese im Regelfall auch die Leitungsverantwortung übernehmen.

- Die INZ stellen eine Zusammenkunft von ambulanter und stationärer Notfallversorgung dar, an welchen die erforderlichen Kompetenzen umfassend vorhanden sind. Außerdem erfüllen diese die umfangreichen Anforderungen des Notfallstufensystems nach § 136 c Abs. 4 SGB V für die Versorgung stationärer Notfälle, die über die Anforderungen für ambulante Notfälle hinausgehen. Eine weitergehende Festlegung von Anforderungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss – wie z. B. mit dem geplanten Ersteinschätzungsverfahren – ist daher grundsätzlich nicht erforderlich.

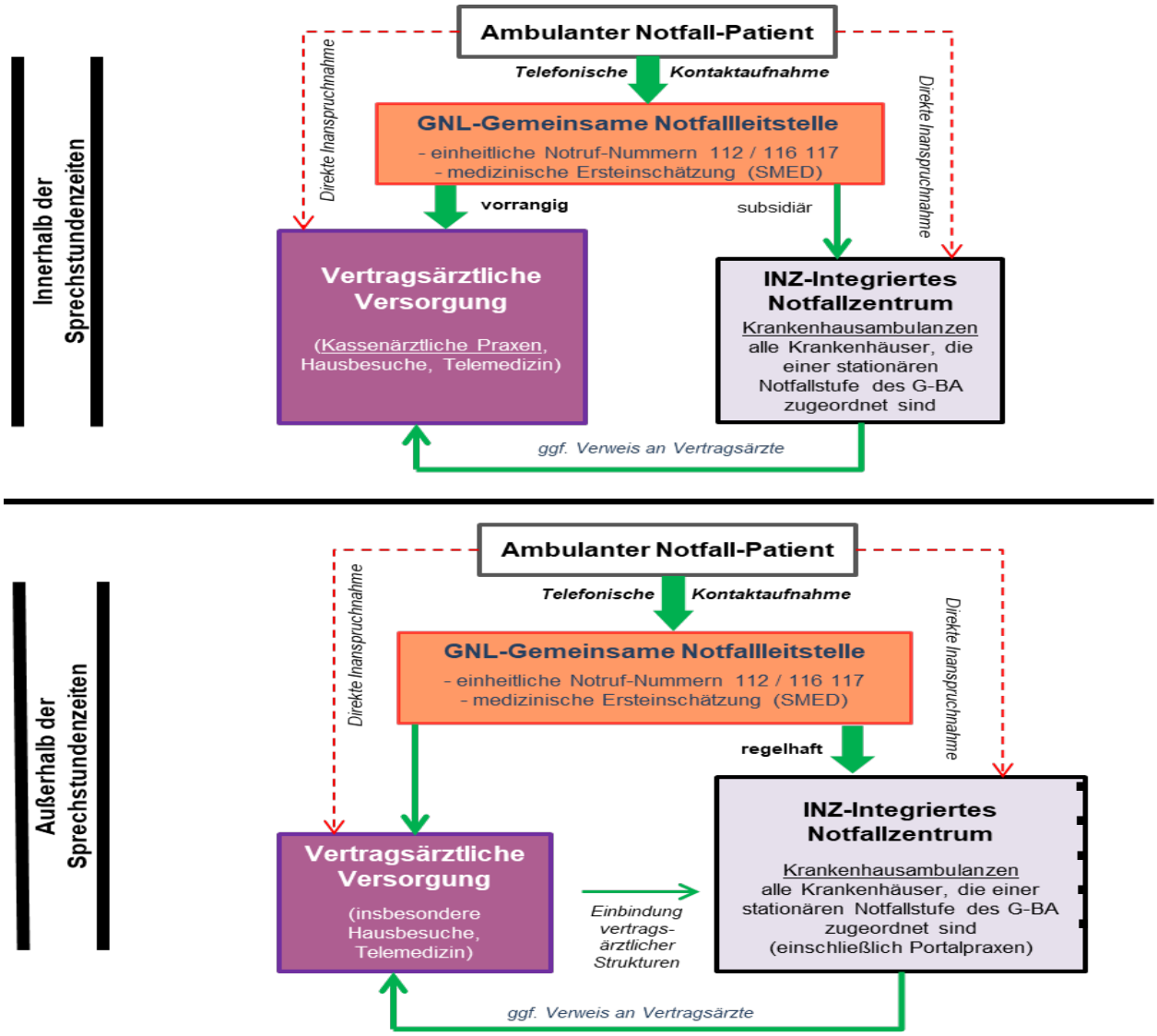


Abbildung 1 Flächendeckende ambulante Notfallversorgung aus einer Hand – Konzept der DKG

- Die Vergütung muss auskömmlich sein und insbesondere die spezifischen Vorhaltekosten berücksichtigen, wobei die Inanspruchnahme ambulanter Notfallleistungen unabhängig von der Vorhaltung ist. Zudem ist eine ausreichende Investitionskostenfinanzierung Voraussetzung. Die Krankenhäuser rechnen die erbrachten ambulanten Notfallleistungen direkt mit den Krankenkassen ab.

  In die richtige Richtung geht daher auch der Antrag von Bündnis 90/Die Grünen, in dem ein einheitliches Vergütungssystem für den gesamten Bereich der Notfallversorgung gefordert wird, wobei die besonderen Versorgungs- und Vorhalteforderungen berücksichtigt werden sollen.

- Krankenhäuser, welchen kein INZ zugeordnet ist, können ambulante Notfallleistungen auf der gesetzlichen Grundlage des § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V erbringen und wie bisher über den EBM ohne Begrenzungstatbestände abrechnen.

- Für die wiederholte Behauptung, dass Krankenhäuser eigene ambulante Notfallstrukturen nutzen, um jenseits medizinischer Notwendigkeiten ihre stationären Kapazitäten auszulasten, gibt es jedoch keinen Beleg. Die Indikation zur Aufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten in die stationäre Versorgung ist schon bisher gesetzlich eindeutig und sachgerecht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses geregelt und wird durch den Medizinischen Dienst engmaschig geprüft und ggf. sanktioniert. Ergänzend könnte die Wirksamkeit der Patientensteuerung nach einer ersten Umsetzungsphase evaluiert werden.

  Die FDP fordert in ihrem Antrag die Länder auf, unverzüglich die Verhandlungen über eine Reform der grundgesetzlich festgeschriebenen Bund-Länder-Kompetenzverteilung im Bereich der Rettungsdienste, Krankenhäuser und sonstigen stationären Einrichtungen vorzunehmen, die den Ländern weiterhin die Strukturplanungshoheit überlässt. Die Krankenhäuser unterstützen das damit verbundene Ziel, den Ländern die alleinige Versorgungsgestaltungshoheit zu überlassen. Nur den Ländern sind die regionalen Gegebenheiten bekannt und sie können die beste Lösung unter Einbeziehung aller Akteure im Land entwickeln. Um auch sektorenübergreifend agieren zu können, sind den Ländern zudem zwingend mehr aktive Gestaltungsrechte in der vertragsärztlichen Versorgungssteuerung einzuräumen.

  Die Krankenhäuser haben sich kürzlich anlässlich der im Herbst 2021 stattfindenden Bundestagswahl unter dem Titel „FAIR – Diskutieren. Entscheiden. Handeln.“ zur Modernisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland positioniert und Handlungsempfehlungen formuliert. Das Positionspapier ist als ***Anlage*** beigefügt.

FAIR

Diskutieren, entscheiden, handeln.

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Inhaltsverzeichnis

Aktuelle Lage und Herausforderungen 4

Eckpunkte für eine Modernisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland 8

Konkreter Handlungsbedarf 12

1. Bedarfsgerechte Personalausstattung und attraktive Arbeitsplätze 12
2. Höchste Priorität für Qualität und Patientensicherheit 14
3. Patientenorientierte Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung 16
4. Beschleunigte Digitalisierung 18
5. Abbau von Bürokratielasten 20
6. Nachhaltige Investitionsfinanzierung 22
7. Weiterentwicklung der Vergütungssysteme 24
8. Vorkehrungen für zukünftige Pandemien 29
9. Erwartungen an die Gesundheitspolitik der EU 30

Aktuelle Lage und Herausforderungen

Deutschlands Krankenhäuser versorgen jährlich 40 Millionen Patientinnen und Patienten. Sieben Tage in der Woche, an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr. Die Patientinnen und Patienten **vertrauen den Krankenhäusern** und erwarten jederzeit eine **wohnortnahe, bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung**. Sie erwarten, dass das medizinische Personal gut ausgebildet ist und Zeit für sie hat. Sie möchten sich über Behandlungsmöglichkeiten und die Qualität der Leistungen leicht und verständlich informieren und setzen modern ausgestattete Patientenzimmer und Behandlungsräume, die aktuellste Medizintechnik sowie digitale Kommunikationswege als selbstverständlich voraus. Die Patientinnen und Patienten wünschen **sich eine medizinische Versorgung aus einer Hand und ein reibungsloses Zusammenspiel** von stationärer und ambulanter Behandlung. Die Krankenhäuser werden diese Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auch in den kommenden vier Jahren zur Grundlage ihres Handelns machen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung in Deutschland bedürfen einer grundlegenden Reform. Politik, Wissenschaft, Kostenträger und Krankenhäuser waren sich darüber schon vor der Corona-Pandemie einig. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und ihre Mitgliedsverbände haben der Politik im Bund und in den Ländern bereits im Herbst 2019 empfohlen, einen **Nationalen Gipfel zur geordneten Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung** einzuberufen. Die Pandemie machte jedoch kurzfristig wirkende Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen vordringlich.

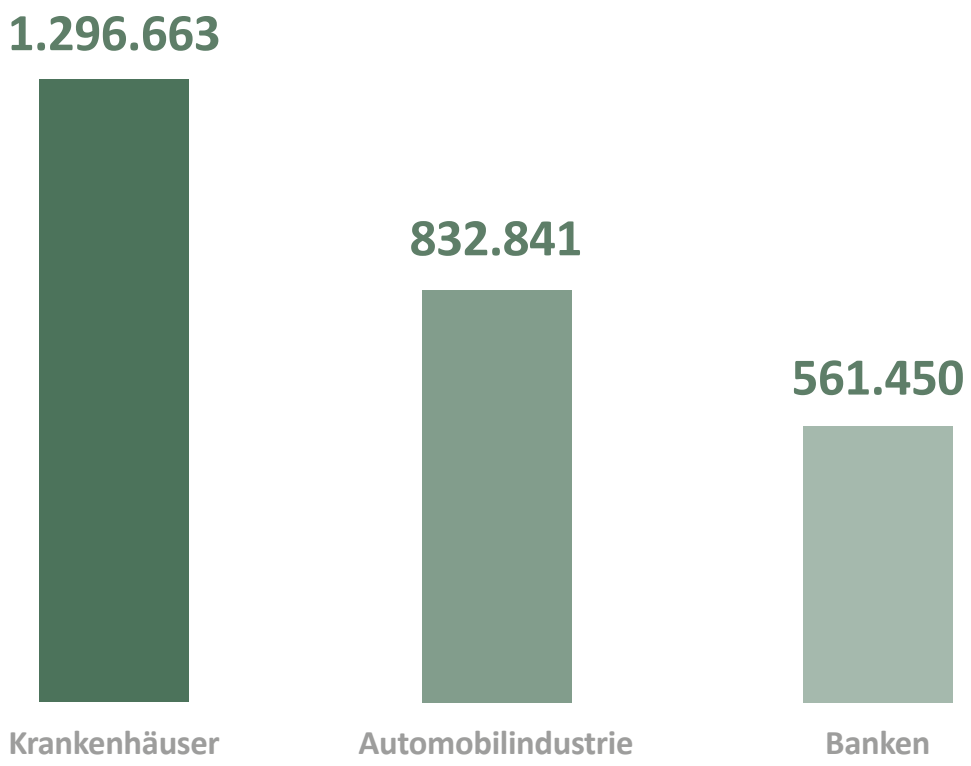
Mit der **Verbesserung der Personalsituation** der Krankenhäuser, der Beschleunigung der **Digitalisierung** und dem **Abbau überflüssiger Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen** zeichnen sich drei Schwerpunkte der gesundheitspolitischen Agenda der nächsten Legislaturperiode bereits deutlich ab. Hinzu kommt eine **Reform der sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen**. Einschließlich der dringend erforderlichen **Weiterentwicklung der Vergütungssysteme** und einer **nachhaltigen Investitionsfinanzierung** sind diese Reformen die Grundvoraussetzung dafür, dass eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft flächendeckend gewährleistet werden kann.

Um bestmöglich auf zukünftige Pandemien vorbereitet zu sein, sollten schon heute entsprechende Vorkehrungen getroffen werden. Die **Corona-Pandemie** hat die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und des deutschen Gesundheitswesens eindrucksvoll unter Beweis gestellt, zugleich aber den Blick auf die prioritären Zielsetzungen einer leistungsfähigen Krankenhausstruktur verändert. Den Bedarf einer grundlegenden Versorgungsreform hat die Pandemie jedoch nicht vermindert. Die Krankenhäuser halten es daher für dringend geboten, die Weichen für die zukünftige Ausgestaltung der medizinischen Versorgung in Deutschland zeitnah nach der Bundestagswahl im Herbst 2021 zu stellen und die Erkenntnisse aus der Pandemie in die bereits bestehenden Strukturüberlegungen einfließen zu lassen.

Die 1.914 Krankenhäuser und ihre 1,3 Millionen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das Rückgrat der medizinischen Daseinsvorsorge. Mit einem Gesamtumsatzvolumen von 97 Milliarden Euro und einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 3 Prozent sind die Krankenhäuser ein **bedeutender Wirtschaftsfaktor** mit hohem Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotenzial. Jeder 36. Arbeitsplatz in Deutschland ist im Krankenhaus. Als der in vielen Regionen größte Arbeitgeber haben sich die Krankenhäuser auch während

der Corona-Pandemie einmal mehr als wichtiger Faktor für die Stabilität der Wirtschaft erwiesen. Eine Schlüsselrolle kommt den Krankenhäusern zudem im Bereich der Gewinnung von Nachwuchskräften und in der Ausbildung zu. Die Krankenhäuser stellen den ärztlichen Nachwuchs für das gesamte Gesundheitswesen sicher und beschäftigen in 988 Ausbildungsstätten rund 85.000 Auszubildende aller Gesundheitsberufe.

Abbildung 1: Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen



Quellen: destatis, BMWi, AGVBanken, 2019

Die Herausforderungen, vor denen das deutsche Gesundheitswesen und die Krankenhäuser stehen, sind groß. Insbesondere bei Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten und IT-Experten herrscht **Fachkräftemangel**, der sich auf fast alle anderen Berufsfelder im Krankenhaus auszuweiten droht. Umso wichtiger ist es, diesem Trend durch gezielte Maßnahmen entgegenzuwirken. Der Arbeitsplatz Krankenhaus muss so attraktiv sein, dass sich auch in Zukunft viele junge Menschen für eine Ausbildung und eine Tätigkeit im Krankenhaus entscheiden und die bereits in den Krankenhäusern beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort gerne arbeiten. Dafür brauchen die Krankenhäuser **faire Rahmenbedingungen** für die Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen, eine zuverlässige, vollständige Refinanzierung der Investitionen in moderne Infrastrukturen und einen konsequenten Abbau der überbordenden Bürokratielasten. Die Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, um für ihre Beschäftigten ein wertschätzendes Arbeitsumfeld zu schaffen und als attraktive Arbeitgeber wahrgenommen zu werden. Die Krankenhäuser stehen zu ihrer **Verantwortung**, die bereits eingeleiteten Maßnahmen fortzusetzen und weiter auszubauen. Gleiches gilt für sämtliche Aktivitäten zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und maximaler Patientensicherheit.

Aktuelle Lage und Herausforderungen

Der medizinische Fortschritt, die zunehmende Spezialisierung und der steigende Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung machen eine eng aufeinander abgestimmte Versorgungsplanung sowie **sektorenübergreifende Behandlungsprozesse** zwingend erforderlich. Der Blick auf die Sektorengrenzen darf nicht länger auf die ambulante und stationäre medizinische Versorgung beschränkt bleiben, sondern muss auch die ambulante und stationäre Pflege und Rehabilitation umfassen. Die heutige Versorgungsrealität ist von diesem Idealzustand noch weit entfernt. Die Gründe dafür sind vielfältig. Die zu wenig am tatsächlichen Versorgungsbedarf ausgerichtete vertragsärztliche Bedarfsplanung, das System der vertragsärztlichen Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung und die unzureichende Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kosten in der Vergütung ambulanter Leistungen zählen zu den Hauptursachen. Ein weiterer Grund sind die nach wie vor bestehenden Hindernisse, einen nahtlosen Übergang in die ambulante medizinische Versorgung oder eine krankenhausnahe Anschlussversorgung zu gewährleisten. Auch diese Reformbaustellen muss der Gesetzgeber in der kommenden Legislaturperiode konsequent und mutig angehen.

Die **Digitalisierung** muss für eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und effiziente Gesundheitsversorgung der Bevölkerung genutzt werden. Eine große Bedeutung kommt dabei der IT-Sicherheit zu. Das mit dem Krankenhauszukunftsfonds auf den Weg gebrachte Sonderprogramm für IT-Investitionen und die zahlreichen Initiativen zur Festlegung einheitlicher Standards sind daher wichtige Schritte in die richtige Richtung, aber noch nicht ausreichend. Grundvoraussetzung für die Ausschöpfung der vielfältigen Potenziale der Digitalisierung sind eine nachhaltige Finanzierung der erforderlichen Kosten für die Investitionen in die digitale Infrastruktur und deren dauerhaften Betrieb (Personal, Lizenzen usw.). Auch vor diesem Hintergrund muss das Problem der unzureichenden **Investitionsförderung der Länder** gelöst und die **gesonderte Berücksichtigung der Digitalisierungskosten in der Betriebskostenfinanzierung** zeitnah angegangen werden.

Die Komplexität der **Vergütungs- und Abrechnungssysteme** und die kaum noch zu bewältigende Flut von Datenlieferungs- und Nachweisverpflichtungen verursachen in den Krankenhäusern hohe Kosten, entziehen der Patientenversorgung dringend benötigte Ressourcen und sorgen bei den Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern für größten Unmut. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass der **Abbau von Bürokratielasten** und die **Rückführung von Regelungen und Kontrollen** einen wichtigen Beitrag dazu leisten können, die Versorgung flexibel und ohne Abstriche bei der Qualität am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten. Der Trend zur Überregulierung und überzogenen Kontroll- und Sanktionsmechanismen muss gestoppt und durch eine Kultur des vertrauensvollen Miteinanders ersetzt werden.

In der **Psychiatrie und Psychosomatik** sehen sich die Krankenhäuser mit einer Gefährdung der qualitativ hochwertigen, am individuellen Patientenbedarf ausgerichteten modernen Versorgung durch die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) konfrontiert. Die Richtlinie greift auf die 30 Jahre alte Psychiatrie-Personalverordnung zurück und zwingt die Krankenhäuser, durch Androhung massiver Sanktionen veraltete Behandlungsformen anzuwenden. Hier besteht grundsätzlicher Korrekturbedarf durch den Gesetzgeber. Die durch die Richtlinie stark eingeschränkte Flexibilität beim Einsatz des Personals zusammen mit unverhältnismäßigen Sanktionen, verhindert eine moderne, leitliniengerechte Behandlung und führt zum Abbau der wichtigen wohnortnahen Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik. Hier bedarf es einer grundsätzlichen Überarbeitung der Richtlinie mit **mehr Flexibilität für den individuellen, therapiebezogenen Personaleinsatz**, einer sachgerechten, maßvollen Nachweisverpflichtung sowie gestufter und verhältnismäßiger Sanktionen. Zudem muss die Umsetzung von Sanktionen an die Selbstverwaltung auf der Bundesebene übertragen und im Pflegesatzrecht der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) so verankert werden, dass eine praktikable und rechtssichere Durchsetzung der Maßnahmen im Rahmen der Budgetverhandlungen vor Ort ermöglicht wird. Dabei ist auch die Beibehaltung des Psych-Krankenhausvergleichs kritisch zu hinterfragen sowie der Psych-Personalnachweis an die neuen Anforderungen anzupassen. Durch Gesetzesänderung ist klarzustellen, dass komplette Vergütungsausschlüsse nicht zulässig sind.

Die DKG und ihre Mitgliedsverbände erneuern ausdrücklich ihr Angebot, sich auch in schwierige Strukturdiskussionen einzubringen und damit die **bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung** im Rahmen ihrer Möglichkeiten verantwortlich mitzugestalten. Der Abbau von nachweisbar nicht bedarfsnotwendigen Kapazitäten, Standortzusammenführungen und im konkreten Einzelfall auch Standortschließungen sind ebenso Teil dieser Strukturentwicklungen wie der Erhalt, die Stärkung und die sektoren- und länderübergreifende Weiterentwicklung von Standorten in Regionen mit Versorgungsdefiziten zur Sicherung der sozialen Daseinsvorsorge und bundes- und landesweit gleichwertiger Lebensverhältnisse.

Die Krankenhäuser brauchen:

- weniger Bürokratie und mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten
- bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze
- Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den Patientinnen und Patienten dienen
- verlässliche Rahmenbedingungen für die Erbringung ambulanter Leistungen
- Vergütungssysteme, die die stationäre und ambulante Krankenhausversorgung umfassen
- eine gesicherte Refinanzierung der Tarif-lohnsteigerungen
- eine nachhaltige Investitionsfinanzierung
- eine beschleunigte Digitalisierung

Ordnungspolitische Weichen-stellungen für eine moderne medizinische Versorgung:

- föderale Verantwortung stärken, Zentralismus entgegenwirken
- Krankenhausplanung aktiv gestalten
- Versorgungsplanung sektorenübergreifend ausrichten
- regionale Versorgungsnetzwerke fördern und ausbauen

Krankenhäuser in Zahlen

1.914 Krankenhäuser
494.326 Betten

19,4 Millionen stationäre Patienten
21 Millionen ambulante Patienten
Durchschnittliche Verweildauer von **7,2** Tagen

1,3 Millionen Mitarbeiter (928.097 Vollkräfte)
457.947 Pflegekräfte (345.407 Vollkräfte)

196.470 Krankenhausärzte (167.952 Vollkräfte)
102.787 Auszubildende

108,9* Milliarden Euro Brutto-gesamt Kosten der Krankenhäuser

80 Milliarden Euro GKV-Leistungs-ausgaben für die Krankenhausbehandlung

Versorgungsleistungen mit einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt in Höhe von **3,3 %**

Stärkster Leistungsbereich: **33,5 %** der Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung

Quellen: destatis, BMG, DKG – Zahlen, 2019, *2018

Eckpunkte für eine Modernisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland

Die Weiterentwicklung und zukünftige Ausgestaltung der medizinischen Versorgung müssen sich am objektiven Versorgungsbedarf in den Regionen und an den berechtigten Erwartungen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten messen lassen. Dies heißt konkret:

- **Qualitativ hochwertige und sichere Versorgung:**
  Die Patientinnen und Patienten müssen sich auch in Zukunft darauf verlassen können, dass sie Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und sicheren medizinischen Versorgung erhalten.

- **Flächendeckende, sektorenübergreifende und patientenorientierte Versorgung:**
  Die Patientinnen und Patienten möchten wohnortnah behandelt werden und sich umfassend über die Behandlungsmöglichkeiten informieren können. Die Patientinnen und Patienten erwarten, dass das Zusammenspiel von stationärer und ambulanter Versorgung, Rehabilitation und Pflege reibungslos funktioniert, und setzen digitale Kommunikationswege als selbstverständlich voraus.

- **Effiziente und effektive Versorgung („Gebot der Wirtschaftlichkeit"):**
  Die für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt. Die Versicherten erwarten daher einen bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz der Mittel und die Vermeidung von Ressourcenverschwendung (z. B. durch Bürokratie).

Zwingend erforderlich sind zudem eine **Festlegung und Zuordnung der Regulierungskompetenzen und Versorgungsaufträge**. Zentraler Maßstab für die Nachjustierung der Regulierungskompetenzen von Politik und Selbstverwaltung im Bund und in den Ländern ist das Subsidiaritätsprinzip. Die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser, Vertragsärzteschaft und weiterer medizinischer Leistungserbringer müssen nach Maßgabe der regionalen Versorgungsbedarfe sektorenübergreifend besser aufeinander abgestimmt werden.

Die **Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Vergütungssysteme** (einschließlich Investitionsfinanzierung) und eine ausreichende Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen stehen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der bedarfsorientierten Versorgungsplanung und sind daher wesentliche Voraussetzungen für den Erfolg einer grundlegenden Reform der medizinischen Versorgung.

Für die zukünftige Ausgestaltung der medizinischen Versorgung in Deutschland lassen sich die folgenden Eckpunkte ableiten:

1. Föderale Verantwortung vor Zentralismus

Der aus dem Subsidiaritätsprinzip abgeleitete föderale Aufbau unseres Gesundheitswesens hat sich bewährt. In der Corona-Pandemie konnten die Bundesländer, die Krisenstäbe in Ländern und Kommunen und die kommunalen Gesundheitsämter in Kooperation mit den eigenverantwortlich in Netzwerkstrukturen zusammenarbeitenden Krankenhäusern gezielt auf das Pandemiegeschehen vor Ort reagieren und dabei die Besonderheiten der regionalen Versorgungsgegebenheiten berücksichtigen. **Die Verankerung der Planungskompetenzen bei den Ländern** gewährleistete einen zielgenauen Einsatz der begrenzt verfügbaren Ressourcen. Diese Erfahrung bestätigt, dass die regional unterschiedlichen Gegebenheiten der Versorgung am besten vor Ort berücksichtigt werden können. Dies lässt erwarten, dass auch andere dringende Regelungsbedarfe, wie die Ausgestaltung der **ambulanten Notfallversorgung** an den Krankenhäusern, besser gelingen, wenn regionale Gegebenheiten bekannt sind und Lösungen unter Einbindung der Akteure im Land entwickelt werden. Daher muss die ambulante Versorgung stärker in diesen Diskurs und die Entscheidungsstrukturen im Land eingebunden werden.

Die **politische Letztverantwortung für eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung muss auch in Zukunft bei den Ländern liegen. Das Vergütungssystem sollte auch regionale Lösungen ermöglichen.

Bundesweite Vorgaben können der regionalen Lösungsfindung besser als **Orientierungsrahmen** denn als unabänderliche, strikte Vorschrift dienen. Solche Fehlanreize sind bei zahlreichen Vorgaben festzustellen. Die Regelungen zur Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten, die Notfallstufen und die Ausnahmen bei der Anwendung der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene und andere Strukturvorgaben sollten in erster Linie Orientierungscharakter haben. Die bundesweiten Strukturvorgaben des G-BA dürfen dem vorrangigen Ziel einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung in den Regionen nicht entgegenstehen. Um ihrer Verantwortung für das regionale Versorgungsgeschehen gerecht werden zu können, müssen die Länder Regelungen treffen können, die von den Strukturvorgaben des G-BA abweichen. Die Länder sind dafür entsprechend zu ermächtigen.

2. Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Krankenhäuser sind bereits heute **integrierte Dienstleistungszentren**. Ihre interdisziplinäre Ausrichtung macht sie zum idealen Standort einer sektorenübergreifenden Versorgung aus einem Guss. In enger Zusammenarbeit behandeln die multiprofessionellen Spezialistinnen und Spezialisten der Krankenhäuser jährlich rund 20 Millionen Patientinnen und Patienten stationär und ebenso viele ambulant. Als Folge der demografischen Entwicklung und der erweiterten ambulanten Möglichkeiten wird die Zahl der ambulant behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten in Zukunft weiter steigen. Schon jetzt ist absehbar, dass die niedergelassenen Praxen an ihre Grenzen stoßen werden. Aktuell sind in zahlreichen ländlichen Regionen erhebliche Versorgungslücken zu beobachten, weil es den Praxisinhaberinnen und -inhabern schwerfällt, geeignete Nachfolgerinnen und Nachfolger zu finden. Vertragsärztinnen und -ärzte können zudem schon aufgrund der begrenzten Behandlungskapazitäten und ihrer fehlenden Interdisziplinarität keine Krankenhausleistungen übernehmen. Umso wichtiger ist eine **engere Kooperation** der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit den Krankenhäusern.

Die Krankenhäuser sind dazu ausdrücklich bereit. Zwingend notwendig ist eine **weitreichende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungsleistungen**, insbesondere im ländlichen Raum. Die Zulassungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung müssen auf einer planbaren, langfristig beständigen Grundlage erfolgen und auch digitale ambulante Leistungen erfassen. Die **ambulant spezialfachärztlichen Leistungen** müssen auf weitere Krankheitsbilder erstreckt und das Zulassungsverfahren deutlich entbürokratisiert werden. Faire Rahmenbedingungen sind auch für die **belegärztliche Versorgung** unabdingbar. Die **ambulante Notfallversorgung** sollte am Standort der Krankenhäuser stattfinden. Das Konzept der integrierten Notfallzentren mit einer Begrenzung der Notfallstandorte auf deutlich weniger Krankenhäuser als heute und die Ausweitung der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen auf den organisatorischen Betrieb in Krankenhäusern wird dem Versorgungs- und Reformbedarf in der ambulanten Notfallversorgung in keiner Weise gerecht. Die medizinische und organisatorische Verantwortung muss daher auch in der ambulanten Notfallversorgung bei den Krankenhäusern liegen.

Des Weiteren muss das Leistungsspektrum der Krankenhäuser über die ambulante und stationäre medizinische Patientenbehandlung hinaus unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedarfe auch für die **krankenhausnahe Anschlussversorgung**, insbesondere im Bereich der Kurzzeitpflege, geöffnet und deren Finanzierung abgebildet werden. Soweit vollstationäre Vorhaltungen an Krankenhausstandorten zurückgebildet werden, sollten stationäre pflegerische und ambulante Leistungen an den Standorten ermöglicht werden.

Die bislang zur Planung der ambulanten und stationären Versorgungsangebote eingesetzten Instrumente (Krankenhausplanung der Länder und vertragsärztliche Bedarfsplanung) müssen weiterentwickelt werden. Die unzureichende Verzahnung der Versorgungsbereiche, der Reformbedarf in der ambulanten Notfallversorgung und die zunehmenden Versorgungslücken vor allem im ländlichen Raum belegen dies eindrücklich. **Ambulante und stationäre Versorgung müssen zusammengedacht werden.** Wenn die medizinische Versorgung und insbesondere bestehende oder drohende Versorgungsdefizite dies erforderlich machen, muss aus Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung sektorenübergreifende Versorgungsplanung werden.

Dazu brauchen die **Länder mehr aktive Mitwirkungsrechte** in der vertragsärztlichen Versorgungssteuerung. Sie müssen das Recht erhalten, Krankenhäuser dauerhaft zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung zuzulassen. Die sektorenübergreifende Versorgungsplanung der Länder muss den Krankenhäusern Freiraum zur Weiterentwicklung ihrer Leistungsspektren lassen. Nur so können sie flexibel und qualitätswettbewerbsorientiert auf die regionalen Versorgungsbedarfe reagieren. Kleinteilige Leistungs- und Fallzahlenvorgaben für einzelne Krankenhäuser sind nicht zielführend.

3. Regionale Versorgungsnetzwerke als zentrales Leitbild

Zentrales Leitbild im Konzept der Krankenhäuser zur Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen ist die **Förderung und Etablierung regionaler krankenhauszentrierter Versorgungsnetzwerke**. Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser hat sich auch in der Pandemie bewährt. Regionale versorgungsstufenübergreifende Netzwerke und Kooperationen, z. B. zur Versorgung von Krebs-, Herzinfarkt-, Schlaganfall- und Traumapatientinnen und -patienten, sind ein wichtiger Bestandteil des Versorgungsalltags in Deutschland und erweisen sich bereits heute als überlegene Versorgungsstruktur zur Gewährleistung flächendeckender medizinischer Behandlungen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Sie tragen die Vorteile der Spezialisierung auch in dünn besiedelte Regionen.

Die Krankenhäuser übernehmen in den regionalen Versorgungsnetzwerken die Sicherstellung der voll- und teilstationären Versorgung. Darüber hinaus erbringen sie vielfältige ambulante Leistungen. Als integrierte Dienstleistungszentren können die Krankenhäuser selbst oder in Kooperation und Koordination mit anderen Leistungsanbietern eine am Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Steuerung der Behandlungsabläufe vornehmen. Die Einbindung der Krankenhäuser in die **regionalen Netzwerkstrukturen** und die Zuordnung von Versorgungszuständigkeiten sollten in erster Linie über das **eigenverantwortliche Zusammenwirken** der Krankenhäuser in den Regionen erfolgen. Soweit erforderlich, obliegen die Definition von Versorgungsregionen und die Aufgabenzuordnungen der Krankenhausplanung der Länder. Sie sind somit im Konfliktfall letztverantwortlich und stehen in der Pflicht, bestehende Versorgungsnetzwerke zu stärken und die Bildung neuer regionaler Netzwerke durch bedarfsgerechte Versorgungsaufträge und die Zielvorgabe einer versorgungsstufenübergreifenden partnerschaftlichen Zusammenarbeit aktiv zu befördern. **Trägervielfalt und die Aufrechterhaltung von Leistungsqualitätswettbewerb** sind dabei zu beachten. Eine Begrenzung des Wettbewerbs zugunsten einer die flächendeckende Versorgung effizienter gewährleistenden regionalen Netzwerkstruktur kann akzeptiert werden.

Für den Kernbereich der ambulanten und stationären Krankenhausversorgung sehen die DKG und ihre Mitgliedsverbände zentralen Handlungsbedarf vor allem in den folgenden Themenfeldern:

1. **Personalsicherung und Attraktivität der Arbeitsplätze**
2. **Qualitätssicherung und -weiterentwicklung**
3. **Ausschöpfen der Potenziale der Digitalisierung**
4. **Bürokratieabbau**

Die Positionen dazu sind in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt.

Grundvoraussetzung für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung auf höchstem Qualitätsniveau ist eine sachgerechte Refinanzierung der Investitions- und Betriebskosten der Krankenhäuser. Die Reform der Vergütungssysteme muss die notwendigen Vorhaltungen sowie die örtlichen und regionalen Gegebenheiten besser berücksichtigen. Die entsprechenden Reformvorschläge der Krankenhäuser sind ebenfalls den folgenden Kapiteln zu entnehmen.

1. Bedarfsgerechte Personalausstattung und attraktive Arbeitsplätze

Gut ausgebildetes und motiviertes Personal ist die Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in den Krankenhäusern. Eine gute Personalausstattung ist für die Krankenhäuser daher essenziell. Der **Fachkräftemangel im Gesundheitswesen**, insbesondere in der Pflege, droht in den kommenden Jahren der entscheidende limitierende Faktor in der Versorgung zu werden. Bereits heute können Krankenhäuser mangels verfügbaren Personals freie Stellen häufig nicht besetzen. Die Personalsituation zu verbessern, muss daher im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Aktivitäten in der kommenden Legislaturperiode stehen. Dies gilt nicht nur für das Pflegepersonal, sondern gleichermaßen auch für Ärztinnen und Ärzte, IT-Fachkräfte und die weiteren Gesundheitsberufe im Krankenhaus.

Die Krankenhäuser stellen als **zentrale Ausbildungsorte** die Fachkräfteausbildung für das gesamte Gesundheitswesen sicher. Das Spektrum der Ausbildungen reicht von qualifizierten Pflegekräften über die verschiedenen Gesundheitsfachberufe bis hin zur spezialisierten Medizinerausbildung (Facharztweiterbildung).

Die **überbordenden Dokumentations- und Nachweispflichten** belasten die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus in zunehmendem Maße. Zahlreiche kleinteilige Vorschriften erschweren den Versorgungsalltag in den Kliniken und führen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu großem Unmut und Unverständnis.

Neben dem Abbau bürokratischer Belastungen muss das Arbeitsumfeld attraktiver und interdisziplinärer gestaltet werden. Eine Fokussierung auf einzelne Berufsgruppen kann diese Problematik nicht lösen. Ein angemessener **Qualifikationsmix** sollte gefördert und entsprechend finanziert werden. Mit interprofessionellen Behandlungsteams, die der Komplexität der Patientenbehandlung Rechnung tragen, kann eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sichergestellt werden, in die sich alle Berufsgruppen mit ihrer Qualifikation einbringen. Mit dieser organisatorischen Neuorientierung muss eine **attraktive Vergütung** für alle beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus einhergehen. Die Krankenhäuser erwarten, dass nicht nur die Kosten für das Pflegepersonal auf den Stationen, sondern auch für alle anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vollständig im Rahmen des bestehenden Finanzierungssystems refinanziert werden.

Zentraler Handlungsbedarf

Personalgewinnung

Neues Personal zu gewinnen und zu 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 Klinikalltag. Um Personal dauerhaft im Arbeitsumfeld Krankenhaus zu halten, bedarf es eines **attraktiven und abwechslungsreichen Arbeitsumfelds**, das die persönlichen Lebenssituationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt. Beispielhaft dafür sind familienfreundliche und flexible Arbeitszeitmodelle, betriebliche Kinderbetreuung, betriebliches Gesundheitsmanagement, Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen und umfassende Fortbildungsprogramme. Dabei benötigen die Krankenhäuser die **Unterstützung durch die Politik, den Gesetzgeber und die Krankenkassen**.

Personaleinsatz

Überbordende Dokumentations- und Nachweispflichten werden von den Beschäftigten zunehmend als belastend empfunden. Starre und unflexible Vorgaben, wie die Pflegepersonaluntergrenzen, erschweren den Einsatz der knappen Personalressourcen und werden den individuellen Gegebenheiten vor Ort nicht gerecht. Der **Personaleinsatz muss im Verantwortungsbereich der Krankenhäuser liegen**. Dort können eine effiziente und am Versorgungsbedarf orientierte Arbeitsorganisation und Aufgabenverteilung am besten entschieden werden. Alle über Qualitätsvorgaben und Abrechnungsvorschriften bestehenden Personalvorgaben müssen auf ihre Auswirkungen im Kontext der angespannten Arbeitsmarktsituation regelmäßig überprüft und angepasst werden. Gut gemeinte, aber nicht realisierbare Personalvorhaltevorgaben dürfen die Versorgung nicht gefährden.

Die Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer jetzigen Form sind deshalb durch das im Auftrag der Konzertierten Aktion Pflege von der DKG, dem Deutschen Pflegerat und ver.di konzipierte **Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument (PPR 2.0)** zu ersetzen. Mit der PPR 2.0 soll im Bereich der Pflege auf den Sta-

tionen des Krankenhauses der Pflegebedarf gemessen werden, um die Pflegepersonalausstattung stufenweise daran auszurichten. Dabei müssen der Ganzhausansatz, die Berücksichtigung pflege-entlastender Maßnahmen, die Verminderung des bürokratischen Aufwands und die Vermeidung externer Sanktionen im Fokus stehen. Dieses Instrument ist als Interimslösung ab sofort einsetzbar und kann zu einem dauerhaften Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument weiterentwickelt werden. Für die Sicherstellung der Patientensicherheit sind aus der PPR 2.0 am **Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten orientierte Mindestbesetzungsvorgaben ableitbar**.

Behandlungsteams

Die Fokussierung auf einzelne Berufsgruppen kann die grundlegende Problematik der Attraktivitätssteigerung nicht lösen. Stärkere Beachtung sollte ein **angemessener Qualifikationsmix** in den Krankenhäusern und in den gesetzlichen Vorgaben zum Pflegebudget finden.

Die Möglichkeiten zur **Delegation ärztlicher und pflegerischer Leistungen** müssen konsequent genutzt werden. Neben den bereits bekannten Berufsgruppen sollten auch **neue, innovative Berufsbilder** ermöglicht werden. Dazu sollten Modellausbildungen oder -studiengänge explizit gefördert werden. Diese Vorhaben sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren.

Vergütung

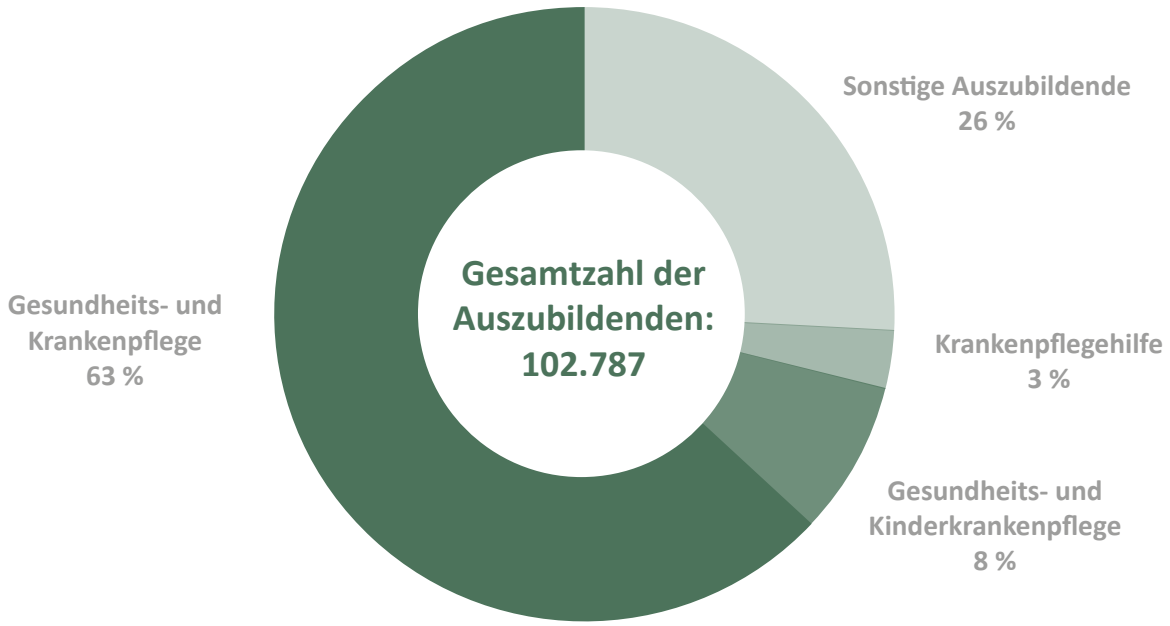
Die Krankenhäuser möchten die Vergütung ihrer Beschäftigten wettbewerbsfähig weiterentwickeln. Die Krankenhäuser erwarten aber, dass nicht nur die Kosten für das Pflegepersonal auf den Stationen, sondern auch für alle anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter **vollständig refinanziert** werden. Der Gesetzgeber ist gefordert, die notwendigen Rahmenbedingungen hierfür zu schaffen.

Ausbildung

Bereits während der Ausbildung muss eine **angemessene Vergütung für alle Ausbildungsberufe** sichergestellt sein. Krankenhäuser nehmen als zentrale Ausbildungsorte eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe** wahr, indem sie die Ausbildung von Fachkräften für das gesamte Gesundheitswesen übernehmen. Die dadurch entstehenden Kosten sind zu refinanzieren. Die Anrechnungsschlüssel in § 17a KHG sind abzuschaffen.

Darüber hinaus ist auf eine anwendungsorientierte, auf die Patientenversorgung ausgerichtete, qualitativ hochwertige Ausbildung zu achten. Dazu bedarf es **angepasster Ausbildungsordnungen**, die auch die Etablierung digitaler Prozesse im Gesundheitswesen angemessen berücksichtigen. Zur Weiterentwicklung und Spezialisierung der verschiedenen Professionen wird eine am Bedarf orientierte, die Ausbildung **ergänzende Akademisierung** befürwortet.

Abbildung 3: Auszubildende in Krankenhäusern



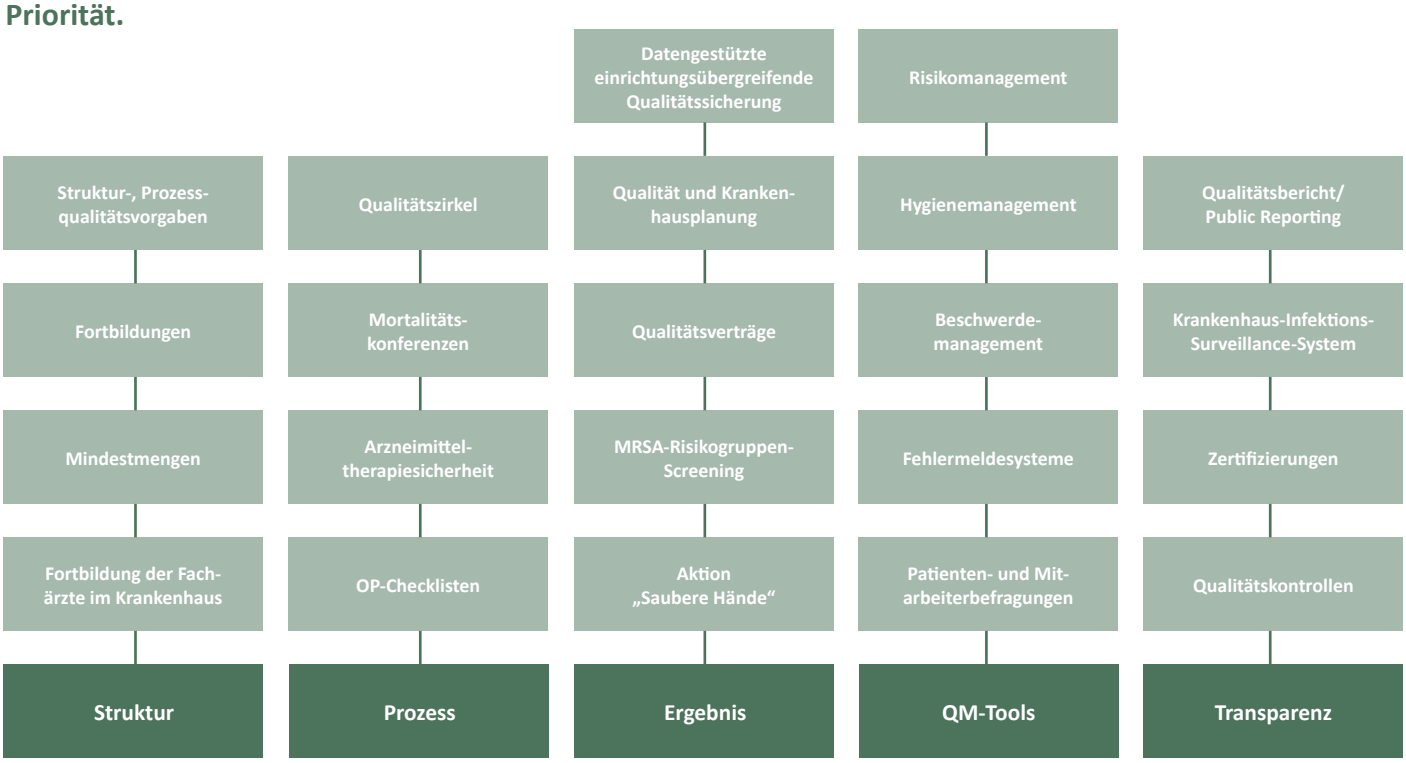
Quelle: destatis, 2019

2. Höchste Priorität für Qualität und Patientensicherheit

Deutschlands Krankenhäuser versorgen ihre Patientinnen und Patienten auf **höchstem Qualitätsniveau** und auf dem **aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft**. Seit über 40 Jahren engagieren sich die Krankenhäuser in der externen Qualitätssicherung auf der Basis einer im internationalen Vergleich einzigartigen Qualitätsmessung und -darstellung. Die Krankenhäuser setzen die gesetzlichen Qualitätsvorgaben um und engagieren sich auf freiwilliger Basis in einer Vielzahl weiterer Qualitätsinitiativen. Sie haben Fehlermeldesysteme entwickelt, nehmen an Qualitätszirkeln teil und wirken mit großem Engagement an Initiativen wie den Aktionen „Saubere Hände“ oder „Keine Keime“ mit. Die **umfassende Qualitätsberichterstattung** der Krankenhäuser sorgt dafür, dass die Qualität der Krankenhausversorgung in einem Ausmaß transparent ist, wie es für keinen anderen Bereich des deutschen Gesundheitswesens der Fall ist. Das konstant hohe Niveau der Qualität und Patientensicherheit in den Krankenhäusern belegen die auf rund 2,5 Millionen Datensätzen basierenden und vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) jährlich veröffentlichten Qualitätsergebnisse immer wieder eindrucksvoll.

Qualitätsmaßnahmen der Krankenhäuser

Qualität und Patientensicherheit haben für die Krankenhäuser die höchste Priorität.



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft

Patientensicherheit als Kernelement der **Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements hat höchste Priorität** und muss auch in der gesetzlichen Qualitätssicherung als zentraler Leitgedanke dienen. Entscheidend für eine erfolgreiche Qualitätssicherung und -verbesserung ist die intrinsische Motivation der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wichtig ist die richtige Balance zwischen dem systemischen Ansatz der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und individueller Verantwortung.

Der Stand der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern ist weit fortgeschritten und viele Ziele sind inzwischen erreicht. Gleichzeitig haben sich die gesetzlichen Vorgaben erheblich verändert und erschweren die Umsetzung durch Überbürokratisierung. Der zunehmende Fokus des Gesetzgebers und des G-BA auf Sanktionierung widerspricht dem Sinn und Zweck der Qualitätssicherung. Qualitätssicherung muss wieder als Qualitätsverbesserungssystem verstanden werden. Ein Leistungsverbot muss Ultima Ratio bleiben.

Zentraler Handlungsbedarf

Vor der Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen muss immer eine **Folgenabschätzung** für die Versorgung erfolgen. Dabei müssen die bürokratischen Lasten gegen den möglichen Nutzen abgewogen werden. Die Begrenzung auf Stichprobenerhebungen muss vorrangiges Ziel sein. Zudem sind alle Qualitätssicherungsmaßnahmen regelmäßig auf ihre Wirksamkeit und auf unerwünschte Folgen zu überprüfen (Evaluation) und ggf. anzupassen. Sämtliche verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung, zur Patientensicherheit sowie zum Qualitäts- und Risikomanagement sind vollständig zu refinanzieren. **Qualitätsdaten,** die für eine öffentliche Berichterstattung genutzt werden sollen, müssen vorab **risikoadjustiert** werden. Nur unter dieser Voraussetzung kann eine sachgerechte Darstellung der Behandlungsqualität für die breite Öffentlichkeit erfolgen.

Sachgerechte **Mindestmengenregelungen** des G-BA, insbesondere bei der Erbringung von komplexen, risikobehafteten Leistungen und Eingriffen, können die Qualität des Behandlungsergebnisses aufgrund gesteigerter Behandlungsroutine, -erfahrung und -sicherheit verbessern und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verringern. Die Einführung von Mindestmengen aus medizinischen und qualitätssichernden Gründen, insbesondere zum Ausschluss von Gelegenheitsversorgung, wird von den Krankenhäusern daher ausdrücklich befürwortet. Allerdings dürfen die Mindestmengen nicht zu Strukturbereinigungszwecken missbraucht werden.
Die **planungsrelevanten Qualitätsindikatoren** sind als Orientierungsgrößen zu verstehen. Sie dürfen die Bedarfsgerechtigkeit als wichtigstes Kriterium der Krankenhausplanung nicht konterkarieren.

Personalanforderungen als Instrument der Qualitätssicherung müssen die notwendige Flexibilität des Personaleinsatzes gewährleisten. Das ist in vielen Vorgaben des G-BA, wie z. B. in der kinderintensivmedizinischen Versorgung, aktuell nicht der Fall. Alle personalbezogenen Vorgaben des G-BA sind zudem regelmäßig darauf hin zu überprüfen, ob sie mit den Gegebenheiten des Arbeitsmarktes zu vereinbaren sind.

Externe unabhängige Qualitätskontrollen sind Teil eines transparenten Qualitätssicherungssystems. Die Durchführung der Qualitätskontrollen ist aber einer unabhängigen und neutralen Institution zu übertragen und von anderen Prüfungen, insbesondere Abrechnungsprüfungen, strikt zu trennen. Der Medizinische Dienst ist für Qualitätskontrollen ungeeignet.

Qualitätsabhängige Vergütung sollte in Deutschland zunächst erprobt und wissenschaftlich evaluiert werden, da internationale Erfahrungen bisher wenige bis keine qualitätsverbessernden Effekte zeigen. Auf der anderen Seite sind die negativen Wirkungen bei der Einführung derartiger Instrumente ausgeprägt und weitgehend belegt. Krankenhausplanerische Konsequenzen im Rahmen der qualitätsabhängigen Vergütung sind deshalb nicht sachgerecht.

3. Patientenorientierte Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Moderne psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist auf den **individuellen Patientenbedarf** ausgerichtet und findet wohnort- und gemeindenah, zunehmend stationsunabhängig und settingübergreifend (teilstationär, stationsäquivalent, PIA etc.) statt. Sie zeichnet sich beispielsweise durch die Vermeidung geschlossener Stationen und die Verhinderung von Zwang durch die Verwendung präventiver Maßnahmen aus. Die Krankenhäuser sind in großer Sorge, dass die qualitativ hochwertige, leitlinien- und patientengerechte Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik und deren Weiterentwicklung durch die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ des G-BA gefährdet sind.

Voraussetzung für eine am individuellen Patientenbedarf orientierte Behandlung ist **Flexibilität beim Personaleinsatz**. Gleichzeitig müssen Fehlanreize für einen nicht bedarfsgerechten Personaleinsatz vermieden werden. Die Richtlinie muss hier die richtige Balance wahren. Durch den Rückgriff auf die 30 Jahre alte Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) bei gleichzeitiger Androhung massiver Sanktionen wird die erforderliche Flexibilität stark eingeschränkt. Weder die Behandlungskategorien noch die Zuordnung der Minutenwerte zu den Kategorien entsprechen der heutigen Versorgungsrealität. Die vorgesehenen **Nachweise auf Stations- und Monatsebene** widersprechen und behindern moderne, patienten- und leitliniengerechte Behandlungskonzepte. Insbesondere die regionale Versorgungsverpflichtung psychiatrischer Krankenhäuser verstärkt das Problem durch nicht planbare Aufnahmen und dadurch eingeschränkte Möglichkeiten der Patienten- und Belegungssteuerung. Durch die Vorgaben der Richtlinie werden kleine, dezentrale Einheiten strukturell und wirtschaftlich benachteiligt: Je kleiner ein Standort ist, umso größer sind die Aufwände in der Personalvorhaltung und -steuerung. Die DKG hat bereits vor der Erstfassung der Richtlinie deutlich gemacht, dass die Systematik der Psych-PV nur als Übergangslösung betrachtet werden darf und schnellstmöglich durch eine **neue Systematik** ersetzt werden muss.

Diese neue Systematik muss zudem als Instrument zur Ermittlung des gesamten Personalbedarfs verwendet werden können. Innerhalb der Richtlinie ist eine klare Differenzierung zwischen Personalbemessung und den nicht unterschreitbaren Mindestvorgaben zwingend erforderlich. Ansonsten wird den Krankenhäusern in den Budgetverhandlungen eine Personalausstattung finanziert, die sich zu dicht an den Mindestvorgaben orientiert und so die erforderliche Flexibilität des Personaleinsatzes und eine leitliniengerechte Patientenversorgung behindert.

Die mangelnde Flexibilität beim Personaleinsatz hat insbesondere vor dem Hintergrund des **Vergütungswegfalls bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben** negative Auswirkungen. Da ein Wegfall der gesamten Quartalsvergütung (Personal- und Sachkosten) der betroffenen Einrichtung die Folge ist, entsteht ein Vergütungswegfall in drei- bis vierfacher Höhe der entsprechenden Bruttopersonalkosten. Insbesondere im Hinblick auf kleine Einrichtungen mit weniger Kompensationsmöglichkeiten (z. B. Tageskliniken) führt der Vergütungswegfall zu einer Gefährdung der wohnortnahen Versorgung. Finanzielle Durchsetzungsmaßnahmen müssen gestuft und verhältnismäßig sein. Sie müssen sowohl den Umfang und die Dauer als auch die Ursachen einer Nichteinhaltung berücksichtigen.

Zentraler Handlungsbedarf

Der G-BA muss die Richtlinie **grundsätzlich überarbeiten** und die Mindestvorgaben auf Basis einer **am Patientenbedarf orientierten Systematik mit ausreichender Flexibilität festlegen**. Die Nachweise auf Stations- und Monatsebene müssen entfallen. Eine Differenzierung zwischen Personalbemessung und nicht unterschreitbaren Mindestvorgaben ist zwingend erforderlich. Hier besteht gesetzlicher Anpassungsbedarf.

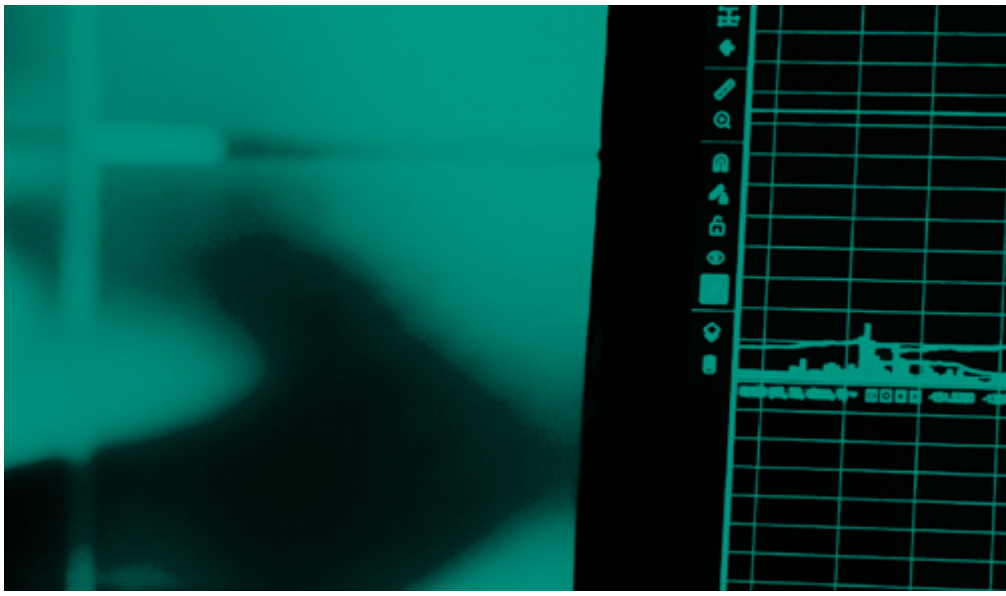
Sanktionen müssen gestuft und verhältnismäßig sein. Die Unverhältnismäßigkeit der Sanktionen der Richtlinie ergibt sich aus der im G-BA mehrheitlich vertretenen Auffassung, dass der Entfall des Vergütungsanspruchs in Fällen der Nichteinhaltung von Mindestvorgaben alternativlos sei. Aus Sicht der Krankenhäuser können als Ultima Ratio Vergütungsabschläge, nicht jedoch der Wegfall der Vergütung für bestimmte Leistungen erfolgen, da sich die Mindestvorgaben der Richtlinie auf gesamte Einrichtungen und nicht auf einzelne Leistungen beziehen. Aus diesem Grund muss gesetzlich vorgesehen werden, dass der vollständige Vergütungswegfall bei Richtlinien, in denen Qualitätsanforderungen nicht für konkrete Leistungen definiert werden, nicht greift und an erster Stelle Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen vorzusehen sind.

Zudem muss die Umsetzung von Sanktionen auf die Selbstverwaltung auf der Bundesebene übertragen werden, sodass sowohl die gewollten Anreizwirkungen als auch die wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser angemessen berücksichtigt werden können. Begleitend hierzu ist die Umsetzung der Sanktionen im Pflegesatzrecht der BPflV so zu verankern, dass eine praktikable und rechtssichere Durchsetzung der Maßnahmen im Rahmen der Budgetverhandlungen ermöglicht wird. Dabei ist auch die Sinnhaftigkeit einer Beibehaltung des Psych-Krankenhausvergleichs nach § 4 BPflV kritisch zu hinterfragen sowie der Psych-Personalnachweis nach § 18 Abs. 2 BPflV an die neuen Anforderungen anzupassen.

4. Beschleunigte Digitalisierung

Die Potenziale der **Digitalisierung im Gesundheitswesen** und die Einsatzgebiete von E-Health, Telemedizin, künstlicher Intelligenz, Robotik und Big Data sind vielfältig und entwickeln sich dynamisch weiter. Die Digitalisierung schafft neue Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten wie die personalisierte Medizin. Sie verbessert den Austausch und die Auswertung von Daten und Informationen und unterstützt die Optimierung komplexer Behandlungsprozesse. Die Digitalisierung ermöglicht die **enge Vernetzung der Leistungserbringer und der Versorgungssektoren**. Die Patientinnen und Patienten nutzen die digitalen Angebote zur Kommunikation und Information, zur therapiebegleitenden Unterstützung und für ein verbessertes Krankheitsmanagement, insbesondere bei chronischen Krankheiten. Die Digitalisierung kann zur Verbesserung der Personalsituation in den Krankenhäusern und zur Bekämpfung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen merklich beitragen. Die Robotikunterstützung der Pflege, die medizinische Dokumentation per Spracherkennung und der Einsatz von Kommissioniersystemen für ein digitales Medikamentenmanagement sind konkrete Einsatzgebiete der Digitalisierung, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser entlasten und ein modernes Arbeitsumfeld schaffen.

Regionale Versorgungsnetzwerke erfordern eine gut ausgebaute, belastbare und sichere digitale Infrastruktur. Unter strenger Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften muss der **beschleunigten Digitalisierung** in einer grundlegenden Reform der medizinischen Versorgung daher höchste Priorität eingeräumt werden. Notwendig ist nicht nur eine auskömmliche Finanzierung der erforderlichen Investitions- und Betriebskosten. Ebenso wichtig sind eine sektorenübergreifende Standardisierung der Datenerfassung und -übermittlung sowie die Gewährleistung einer umfassenden Interoperabilität der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) einschließlich deren Offenheit für innovative, patientenorientierte Zusatzservices.



Zentraler Handlungsbedarf

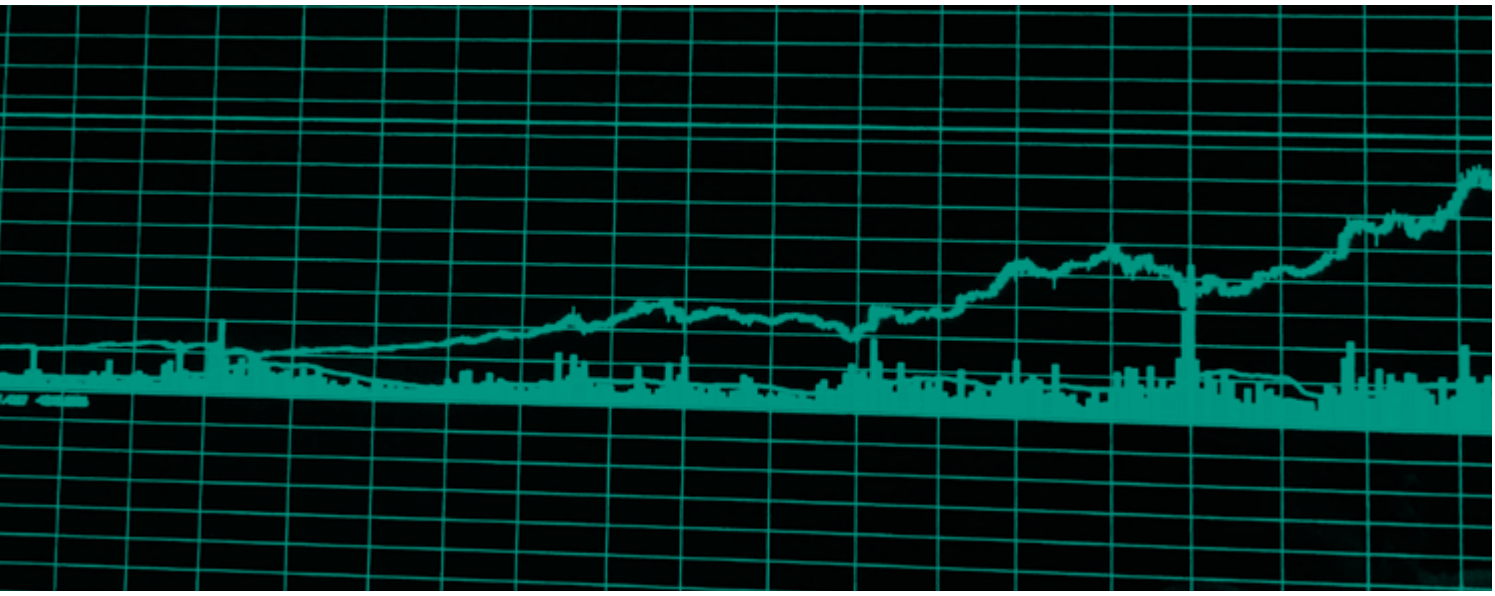
Faire Finanzierung

Die Krankenhäuser haben den neu etablierten Krankenhauszukunftsfonds zur Förderung der digitalen Infrastruktur und zur Verbesserung der IT- und Cybersicherheit ausdrücklich begrüßt. Der Krankenhauszukunftsfonds ist ein wertvoller Schritt in die richtige Richtung. Er stellt mit 3 Milliarden Euro vom Bund und weiteren 1,3 Milliarden Euro von den Ländern eine wichtige Anschubfinanzierung dar und muss in die Investitionsregelfinanzierung überführt werden, um so insbesondere auch die Finanzierung der erforderlichen Wiederbeschaffung dauerhaft zu gewährleisten.

Mit den erhöhten Investitionen in die digitale Infrastruktur gehen zwangsläufig höhere Kosten für die bauliche Absicherung sowie deren Betrieb einher. Insbesondere Lizenzen, die Wartung der Systeme und benötigte IT-Fachkräfte verursachen erhöhte Betriebskosten. Systembedingt werden diese Kosten bislang nicht über die DRG-Krankenhausfinanzierung refinanziert. Erforderlich ist ein dauerhafter **Digitalisierungszuschlag** in Höhe von 2 Prozent auf alle Krankenhausrechnungen.

Um die Möglichkeiten der Digitalisierung nutzen zu können, sind darüber hinaus insbesondere die folgenden Maßnahmen erforderlich:

- Die Kosten der Krankenhäuser für die **Umsetzung des Branchenspezifischen Sicherheitsstandards (B3S)** für die Gesundheitsversorgung sind zu refinanzieren.
- Die Krankenhäuser müssen zur **Erbringung von Telemonitoring und Telekonsilleistungen** für ambulante Patientinnen und Patienten ermächtigt und die Leistungen angemessen vergütet werden.
- **Telemedizinisch organisierte Strukturvorhaltungen** müssen als vorgehaltene Strukturmerkmale am Standort des Krankenhauses anerkannt werden.
- Die **einrichtungsübergreifende elektronische Fallakte (EFA)** ist als leistungserbringergesteuerte Kommunikation in vertraglichen Versorgungsstrukturen zu unterstützen und diese ergänzend zur Kommunikation im Medizinwesen (KIM) für adressierte Kommunikation (verschlüsselte E-Mail) zu etablieren.
- Neben dem Heilberufeausweis (HBA) ist eine **Institutionskarte** im SGB V einzuführen, die das institutionelle Handeln der Krankenhäuser ohne einen Rückverweis auf einen HBA legitimiert.
- Die **Ausbildungsordnungen und Curricula** der medizinischen Berufe sind anzupassen, sodass längerfristig ein Grundverständnis für Informationstechnik und die damit verbundenen Chancen und Risiken bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorausgesetzt werden kann.



5. Abbau von Bürokratielasten

Der Gesetzgeber hat den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren eine **unüberschaubare Flut von Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen** auferlegt. Die Bürokratiebelastung der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat ein Ausmaß erreicht, das kaum noch zu bewältigen ist. Die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen zahlreicher Vorschriften und insbesondere auch die Wertschätzung gegenüber den Menschen, die die Patientenversorgung in Krankenhäusern rund um die Uhr sicherstellen, sind hierbei völlig aus dem Blick geraten und haben tragfähige Grenzen weit überschritten. Eine stärkere Entbürokratisierung entlastet das Krankenhauspersonal sofort und schafft unmittelbar mehr Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Ein Lichtblick war vor diesem Hintergrund die anlässlich der Corona-Pandemie vorgenommene Befreiung der Krankenhäuser von zahlreichen Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen. Die Maßnahmen entlasteten das Personal spürbar, waren aber befristet. Die Krankenhäuser sind mit den so gewonnenen Freiräumen verantwortungsvoll umgegangen. Dies zeigt, dass ein Großteil dieser Verpflichtungen auch dauerhaft verzichtbar ist, ohne dass damit die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigt wird.

Das **Prüfverfahren** in den Krankenhäusern wurde in den letzten Jahren tiefgreifend verändert. Es gab erste Schritte hin zur formalen Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes und tiefgreifende Veränderungen in der Abrechnungsprüfung, die leider abermals zu mehr Bürokratie in den Krankenhäusern führen. Die eingeführten Strafzahlungen sind nicht akzeptabel, da sie einzig auf einer Bewertung durch den Medizinischen Dienst bzw. die prüfbeauftragende Krankenkasse beruhen, die keine objektive, sondern eine interessengeleitete Bewertung darstellt. Hierdurch wird die bestehende Misstrauenskultur gegenüber den Krankenhäusern weiter angefacht.

Auch die **Budgetverhandlungen** haben inzwischen eine Komplexität erreicht, die nicht mehr vermittelbar ist. Die Verhandlungen werden insbesondere durch die zahlreichen Nachweispflichten, aber auch durch überzogene Darlegungspflichten der Krankenhäuser für eine Vielzahl von Verhandlungstatbeständen und Entgelten überfrachtet. Das im Krankenhausfinanzierungsrecht verankerte Grundprinzip von prospektiven Budgets ist dadurch mehr Ausnahme als Realität geworden.

Zentraler Handlungsbedarf

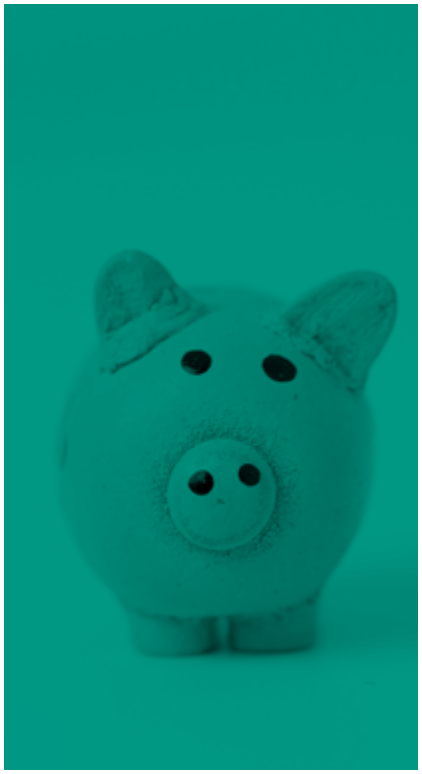
Sämtliche bestehenden Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen (einschließlich der damit verbundenen Kontroll- und Sanktionsmechanismen) müssen kritisch hinterfragt und auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden. Gleiches gilt für neu vom Gesetzgeber geplante Maßnahmen und Vorgaben.

Zur konkreten Umsetzung sprechen sich die Krankenhäuser dafür aus, einen **Expertenbeirat zum Abbau von Bürokratie** beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einzuberufen. Analog zu dem vom BMG im Frühjahr 2020 ins Leben gerufenen Expertenbeirat zu den Auswirkungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes sollte der Beirat aus Vertretern der Krankenhäuser, der Krankenkassen und des BMG zusammengesetzt sein und neben den Selbstverwaltungspartnern auch Praktiker aus den Krankenhäusern und Krankenkassen umfassen. Zielvorgabe des Beirats sollte es sein, die **Dokumentationslast um mindestens 50 Prozent zu reduzieren** und den Anteil der Arbeitszeit für Dokumentation und Bürokratie auf maximal 20 Prozent zu begrenzen.

Bis die Ergebnisse des Expertenbeirats zum Abbau von Bürokratie vorliegen, ist in einem ersten Schritt eine unveränderliche, absolut einzuhaltende **quartalsbezogene Prüfquote in Höhe von maximal 10 Prozent einzuführen**.

Es bedarf nach wie vor der Errichtung einer **neutralen, krankenkassenunabhängigen Prüfinstanz**. Die Gremien des Medizinischen Dienstes sind immer noch überproportional durch die Kassenseite repräsentiert. Zudem sind Vertreter der Krankenhausseite in diesen Gremien zu etablieren.

Die **Strafzahlungen**, die Krankenhäuser künftig in Fällen eines negativen Gutachtens des Medizinischen Dienstes zu leisten haben, sind **ersatzlos zu streichen**.

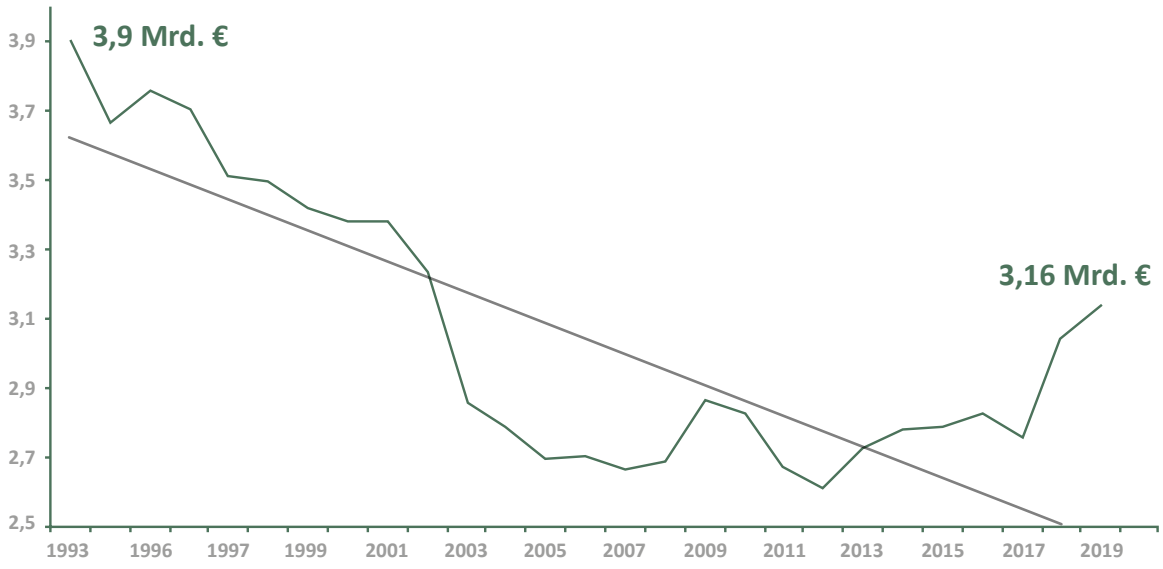


6. Nachhaltige Investitionsfinanzierung

Eine **nachhaltige und auskömmliche Investitionsfinanzierung** ist der Ausgangspunkt für eine patientenorientierte, moderne und effiziente Krankenhausversorgung. Auch der Digitalisierungsgrad in den Krankenhäusern hängt maßgeblich von der Höhe der Investitionsfinanzierung ab. Die Länder, die für eine ausreichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zuständig sind, entziehen sich dieser Verantwortung jedoch seit Jahren. Dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) berechneten **jährlichem Investitionsbedarf** der Krankenhäuser in Höhe von derzeit **7 Milliarden Euro** (erweitert um den Investitionsbedarf der Universitätskliniken und für Digitalisierungsvorgaben) stehen tatsächliche Investitionen von 3 Milliarden Euro gegenüber. Der bereits aufgelaufene Investitionsstau ist immens.

Die mangelhafte Investitionsförderung ist eine der Hauptursachen für die angespannte wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser. Die Krankenhäuser erkennen die jüngsten Bemühungen vieler Länder an, die Investitionsmittel zu erhöhen. Die gemeinsamen Bemühungen von Bund und Ländern, über den Krankenhausstrukturfonds und den Krankenhauszukunftsfonds Impulse zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Digitalisierung zu geben, verbessern die aktuelle Lage, bieten aber noch keine dauerhafte Lösung.

Abbildung 4: Entwicklung der Investitionsförderung



Quelle: AOLG

Zentraler Handlungsbedarf

Die Krankenhäuser **appellieren dringend an die Länder, ihrer Investitionsverantwortung vollumfänglich nachzukommen**. Als Richtwert muss der vom InEK ermittelte Investitionsbedarf von 7 Milliarden Euro, erweitert um die Mittel für die Digitalisierung und den Investitionsbedarf der Universitätskliniken, dienen. Die Krankenhäuser unterstützen die bestehende duale Krankenhausfinanzierung und lehnen eine monistische Krankenhausfinanzierung grundsätzlich ab. Können die Länder ihrer Investitionsverantwortung jedoch nicht vollumfänglich nachkommen, muss der Bund unterstützend eingreifen. Sinnvoll ist die **Etablierung eines Anreizsystems**, das jene Länder belohnt, die Investitionsmittel zur Verfügung stellen, die dem tatsächlichen Investitionsbedarf nahe kommen. Wird eine definierte Investitionsquote überschritten, werden die Landesmittel mit Finanzmitteln des Bundes bezuschusst (ggf. gestuft).

Um eine ausreichende Flexibilität und sachgerechte Nutzung der Investitionsmittel sicherzustellen, muss die **letztendliche Investitionsentscheidung immer beim Krankenhaus verbleiben**.

Die **Krankenhausplanung gehört weiterhin in die Hand der Länder**. Insbesondere vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung und des Ausbaus einer sektorenübergreifenden Versorgung und der damit einhergehenden stärkeren Verantwortung und Steuerung durch die Länder muss die Letztverantwortung für die Krankenhausplanung bei den Ländern verbleiben. Ein erhöhtes Mitspracherecht der Krankenkassen im Bereich der Investitionen oder auch erweiterte Entscheidungsbefugnisse der rein wirtschaftlich agierenden Krankenkassen im Rahmen der Krankenhausplanung werden konsequent abgelehnt.

Der Krankenhausstrukturfonds und der neuere Krankenhauszukunftsfonds sind Investitionssonderprogramme, die besonderen Investitionsbedarfen in ausgewählten Bereichen Rechnung tragen. Beide Fonds werden vollumfänglich genutzt und sind – bei aller Kritik an Details – im Ergebnis erfolgreich. Ähnliche Anschubfinanzierungen in Form von **Sonderprogrammen** können auch zukünftig erforderlich sein. Sinnvoll könnte z. B. ein Sonderprogramm zur Förderung der CO_2-Neutralität von Krankenhäusern sein. Bei allen Förderprogrammen für Investitionen von Bund und/oder Ländern ist ein **trägerunabhängiger Zugriff** für die Krankenhäuser sicherzustellen. Zusätzlich muss sichergestellt werden, dass Vetorechte der Krankenkassen ausgeschlossen werden, wenn dadurch notwendige Finanzierungsbedarfe verhindert werden. Es muss zusätzlich sichergestellt werden, dass die Landeskrankenhausgesellschaften ein Mitspracherecht bei der Beratung über die Mittelverwendung des Strukturfonds und die über den Krankenhauszukunftsfonds zu finanzierenden Projekte haben. Die Letztentscheidung sollte wie auch bei der Vergabe der Fördermittel ausschließlich beim Land liegen. Die Rechtsgrundlage (§ 12a KHG) ist entsprechend anzupassen.

7. Weiterentwicklung der Vergütungssysteme

Die Krankenhäuser haben bereits in den vergangenen Jahren wiederholt auf **Fehlentwicklungen in der Krankenhausfinanzierung** hingewiesen. Die Ursachen für diese Fehlentwicklungen liegen allerdings nicht primär in der Systematik des DRG-Fallpauschalensystems, sondern sind in dessen Rahmenbedingungen zu suchen. An erster Stelle ist zu betonen, dass die Problematik der systematischen Unterfinanzierung zu einem guten Teil auf die unzureichende Investitionsfinanzierung der Bundesländer zurückzuführen ist. Zudem wird das bundeseinheitliche Vergütungssystem durch die stark fallabhängige Vergütung, einen hohen Misstrauensaufwand und eine zu geringe Flexibilität auf der regionalen Ebene belastet, sodass im Rahmen einer Weiterentwicklung der Vergütungssysteme gezielt gegengesteuert werden muss.

Die **Weiterentwicklung der Vergütungssysteme** muss die regional unterschiedlichen Versorgungsbedarfe und die bestehenden Versorgungsmöglichkeiten berücksichtigen und dabei sowohl die **stationäre als auch die ambulante Versorgung** umfassen. Perspektivisch müssen die Grenzen zwischen der ambulanten fachärztlichen, der pflegerischen und der Krankenhausversorgung überwunden sowie geeignete Instrumente für eine sektorenübergreifende und objektive Bedarfsplanung entwickelt werden.

Die Krankenhäuser vertreten nachdrücklich die Überzeugung, dass eine sinnvolle Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen nicht durch die bundeseinheitlichen Vergütungssysteme erreicht werden kann. Zur Vorbereitung dieser Reformen ist ein **intensiver gesundheits- und gesellschaftspolitischer Dialog zwischen Bund und Ländern unter Einbeziehung der Krankenhäuser** erforderlich. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen kann zwar durch geeignete Anpassungen der Vergütungssysteme unterstützt werden, die Verantwortung für Strukturveränderungen in den Regionen muss aber letztendlich bei den Ländern verbleiben. Eine sinnvolle Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen kann keinesfalls in Form einer „kalten Strukturbereinigung“ durch zentralistische „Mindestanforderungen“ auf der Bundesebene und deren Verknüpfung mit einseitigen Vergütungskürzungen durch die Krankenkassen erreicht werden.

Ein zukunftsfähiges Vergütungssystem muss die **Vorhaltung** von bedarfsnotwendigen Versorgungsangeboten stärker als bisher berücksichtigen, die Notfallversorgung der Bevölkerung zu jeder Zeit sicherstellen, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser stärker nutzen und die notwendige **Flexibilität** bieten, auch bei den sehr unterschiedlichen Möglichkeiten in den Regionen gleichwertige Lebensverhältnisse zu erreichen.

Grundsätze und Leitgedanken

- Die Defizite der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer können nicht im Rahmen der Krankenhausvergütungen zur Refinanzierung der Betriebskosten gelöst werden. Daher ist eine **ausreichende Investitionsfinanzierung** der Länder eine zwingende Voraussetzung für Änderungen im Vergütungssystem, da diese ansonsten nicht die beabsichtigten Wirkungen erzielen können.

- Perspektivisch ist eine stärkere Orientierung der Vergütungssysteme am **regionalen Versorgungsbedarf** der Bevölkerung wünschenswert. Dies muss die stationäre und die ambulante Versorgung umfassen. Hierzu sind noch viele grundsätzliche Fragen zu klären und geeignete Instrumente zu entwickeln. Dennoch können erste Schritte in Richtung der gewünschten Entwicklung bereits jetzt durch gezielte Anpassungen der Vergütungssysteme gefördert werden.

- Das Gesundheitssystem steht vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des sich verstärkenden Fachkräftemangels bereits in den kommenden Jahren vor großen wirtschaftlichen Herausforderungen, die aktuell durch die Corona-Pandemie noch verstärkt werden. Die Krankenhäuser nehmen ihre Verpflichtung, zu einem effizienten Ressourceneinsatz im Gesamtsystem beizutragen, an. Hierzu wird häufig insbesondere eine stärkere Verlagerung von stationären Behandlungsfällen in die ambulante Versorgung gefordert. Diese Entwicklung kann jedoch sinnvollerweise nur mit und nicht gegen die Krankenhäuser erreicht werden. Dies wird auch durch die **hohe Akzeptanz der ambulanten Versorgungsangebote der Krankenhäuser** bei den Patientinnen und Patienten bestätigt. Daher müssen insbesondere die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser verstärkt genutzt werden. Zudem ist davon auszugehen, dass ein Großteil dieser Patientinnen und Patienten weiterhin auf die Interdisziplinarität und Infrastruktur der Krankenhäuser angewiesen sein wird. Auch ist absehbar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht in der Lage sein werden, einen deutlichen Zuwachs mit den vorhandenen Kapazitäten sicherzustellen. Der Aufbau neuer Kapazitäten würde das Ziel einer sektorenübergreifenden Optimierung der Versorgung konterkarieren. Die Krankenhäuser sind bereit, sich dieser Aufgabe zu stellen. Hierzu muss die **„ambulant klinische Versorgung“** in der Krankenhausfinanzierung verankert und die gemeinsame „Schnittmenge“ mit der vertragsärztlichen Versorgung (AOP-Katalog, ASV) neu geordnet werden.

- Ein zukunftsfähiges Vergütungssystem muss die **Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Versorgungsangeboten** stärker als bisher berücksichtigen. Zudem muss sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser ihre für das Gesamtsystem unverzichtbare Verantwortung für die ärztliche und pflegerische Weiterbildung wahrnehmen können. Auch wenn mit der Ausgliederung der Pflegekosten bereits ein großer Kostenblock aus der leistungsabhängigen Vergütung ausgegliedert und somit an dieser Stelle die Vorhaltekostenproblematik des Fallpauschalensystems reduziert wurde, sind dennoch zeitnah für besonders systemrelevante und gefährdete Versorgungsbereiche Maßnahmen erforderlich. Dies betrifft insbesondere die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen, aber auch spezielle Leistungsangebote mit überregionaler Bedeutung, die Vorhaltung von Notfallversorgung und die infolge der Corona-Pandemie zu diskutierende Frage von „Reservekapazitäten“.

Für die konkrete Umsetzung dieser Leitgedanken schlagen die Krankenhäuser die folgenden gezielten Anpassungen der bestehenden Vergütungssysteme vor:

„Ambulant klinische Versorgung im Krankenhaus“

Das größte „Potenzial“ für die Überführung von stationären Leistungen in die ambulante Versorgung wird häufig in den sogenannten „Kurzliegern“ mit ein bis zwei stationären Behandlungstagen gesehen. Da diese Patientinnen und Patienten jedoch auf die besonderen Mittel des Krankenhauses angewiesen sind, kann deren ambulante Behandlung auch zukünftig überwiegend nur im Krankenhaus erfolgen. Hierzu ist ein **neues Vergütungselement für die „ambulant klinische Versorgung“** im Krankenhaus zu schaffen, sodass die Krankenhäuser in Abhängigkeit des Patientenrisikos und der Versorgungssituation des Patienten die für die Sicherung des Behandlungserfolgs erforderliche Flexibilität für die Steuerung der Patientinnen und Patienten erhalten. Damit die Krankenhäuser diese Möglichkeit nutzen können, ohne große Erlösverluste befürchten zu müssen, ist für diese neue ambulante Behandlungsform zumindest in der ersten Phase eine ähnlich hohe und pauschalierte Vergütung wie für die stationäre Behandlung zu schaffen und im Rahmen der Krankenhausbudgets zu finanzieren. Erst wenn sich gezeigt hat, welche Behandlungen sinnvoll ambulant leistbar sind, und die Krankenhäuser entsprechende organisatorische, strukturelle und personelle Anpassungen vorgenommen haben, kann in einer zweiten Phase die damit verbundene mögliche Weiterentwicklung der Vergütungssystematik analysiert werden.

Gemeinsamer Katalog der ambulanten Operationen (AOP)

Die geplante **Erweiterung des gemeinsamen Katalogs der ambulanten Operationen (AOP)** muss auf die Patientinnen und Patienten konzentriert werden, die sinnvollerweise gleichermaßen ambulant im Krankenhaus wie ambulant in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können. Derzeit ist der AOP-Katalog jedoch eine Einbahnstraße, sodass insbesondere innovative ambulante Leistungen von den Krankenhäusern nicht erbracht werden dürfen. Die Krankenhäuser selbst werden somit vom medizinischen Fortschritt, der auch von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung ausgeht, zunehmend abgeschnitten. Zukünftig müssen auch **originär ambulante Leistungen** in diesen gemeinsamen AOP-Katalog aufgenommen werden. Zudem muss der AOP-Katalog so **ausdifferenziert** werden, dass für die vertragsärztliche Versorgung kein Fehlanreiz zur Patientenselektion gesetzt wird (z. B. Schweregrad und Komorbidität). Mit der Einführung des AOP-Katalogs Anfang der 90er-Jahre wurde in § 115b SGB V als Ziel die Verlagerung von Leistungen angelegt. Dies ist in einer Zeit, in der die Sektorengrenze in beide Richtungen durchlässiger werden muss, nicht mehr angemessen. Die gesetzlichen Vorgaben in § 115b SGB V müssen an die aktuellen Herausforderungen angepasst werden.

Ambulante fachärztliche Versorgung in unterversorgten Regionen

Zur **Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung** werden die Krankenhäuser zunehmend auch Aufgaben aus der vertragsärztlichen Versorgung übernehmen müssen. Dies betrifft insbesondere Regionen, in denen die Arztsitze für die fachärztliche Versorgung schon heute nicht besetzt werden können. Damit die Krankenhäuser diese Aufgaben übernehmen können, müssen die räumlichen Gegebenheiten und die organisatorischen und personellen Voraussetzungen geschaffen werden. Hierfür sind **Planungsverlässlichkeit, Investitionen und eine angemessene Vergütung** der Betriebskosten unverzichtbar. Nur dann können sich die Krankenhäuser in diesen ansonsten unterversorgten Regionen zu sektorenübergreifenden Gesundheitszentren entwickeln. Sofern sich ein Krankenhaus bereit erklärt, die ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereiche zu übernehmen, muss der **Sicherstellungsauftrag** für diese Aufgabe dauerhaft von den Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Bundesländer in den Versorgungsauftrag des Krankenhauses übertragen werden. Dazu erhalten die Bundesländer im Sinne einer Letztverantwortung für die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung aktive Mitwirkungsrechte in der vertragsärztlichen Versorgung.

Übergangspflege im Krankenhaus

Zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung der Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung und auch im Interesse der Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems ist eine institutionelle **Öffnung** der Krankenhäuser für die **krankenhausnahe Übergangspflege** erforderlich. Hier besteht ein Versorgungsengpass für Patientinnen und Patienten, die nach Abschluss der Krankenhausbehandlung pflegebedürftig sind, aber mangels einer adäquaten Anschlussversorgung nicht entlassen werden können. Um diese Versorgungslücke zu schließen, muss im SGB V eine eigenständige und bürokratiearme Grundlage geschaffen werden, mit der den Krankenhäusern eine Übergangspflege auf institutioneller Ebene ermöglicht wird.

Vergütung besonders versorgungsrelevanter Vorhaltung

Die Vorhaltekostenproblematik im Fallpauschalensystem zeigt sich insbesondere bei Krankenhäusern und Leistungsbereichen mit deutlich unterdurchschnittlicher Leistungsmenge, da diese ihre Vorhaltekosten mit den durchschnittlichen DRG-Erlösen nicht decken können. Somit sind insbesondere Krankenhäuser, die Gebiete mit einer geringen Bevölkerung versorgen müssen, aber auch spezielle Leistungen mit überregionaler Bedeutung anbieten, betroffen. Für diese Krankenhäuser muss die Möglichkeit geschaffen werden, bei der Landesbehörde eine **Prüfung der Vorhalteproblematik** zu beantragen. Sofern die Prüfung der Landesbehörde zu dem Ergebnis kommt, dass die Vorhaltekostenproblematik vorliegt und zur Sicherstellung der Versorgung eine Zusatzfinanzierung erforderlich ist, haben die Krankenkassen die durch die Vorhaltung bedingte Vergütungslücke über einen Zuschlag zu finanzieren.

Vergütung von Vorhaltung zur Sicherstellung der Notfallversorgung

Die Stärkung der Krankenhäuser als Notfallzentren muss vorangetrieben werden. Dies umfasst sowohl die stationäre als auch die ambulante Notfallversorgung, die in der Notaufnahme der Krankenhäuser eine organisatorische und medizinische Einheit bilden. Da der Aufwand der Krankenhäuser insbesondere für die ambulante Notfallversorgung bisher nicht angemessen vergütet und durch die von der Inanspruchnahme unabhängige Vorhaltung bestimmt wird, ist die **Vorhaltung für die ambulante Notfallversorgung** über ein gesondertes Teilbudget des Krankenhauses zu vergüten.

Zudem müssen die überragende Bedeutung der Krankenhäuser, die im stationären Bereich eine **Rund-um-die-Uhr-Notfallversorgung** für die Bevölkerung sicherstellen, und deren überdurchschnittliche Aufwendungen auch bei der Vergütung in besonderem Maße anerkannt und somit die für die Daseinsvorsorge erforderliche Vorhaltung gestärkt werden. Da auch hier die Vorhaltung im Vordergrund steht, sollte dies durch von der Inanspruchnahme **unabhängige, pauschale Vergütungselemente** umgesetzt werden. Dazu sind die Pauschalen für die bereits bestehenden Notfallstufen gesetzlich deutlich zu erhöhen.

Konkreter Handlungsbedarf

Vergütung der Vorhaltung von „Reservekapazitäten“

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Krankenhäuser in der Lage sind, in Krisensituationen auch kurzfristig Behandlungskapazitäten und Kompetenzen bereitzustellen. Allerdings hat sich an vielen Stellen auch gezeigt, dass eine bessere Vorsorge sinnvoll gewesen wäre. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird zu prüfen sein, inwieweit zukünftig eine **Vorhaltung von „Reservekapazitäten“** in den Krankenhäusern zur **Verkürzung der Reaktionszeiten** erforderlich ist. Dabei wird auch die Zuständigkeit für die Vergütung von deren Vorhaltung zu klären sein.

Vollständige Vergütung von Tariflohnsteigerungen

Die Tariflohnsteigerungen werden nach wie vor im Vergütungssystem der Krankenhäuser nicht in voller Höhe berücksichtigt. Auch wenn mit den Pflegepersonalkosten ein großer Anteil der Personalkosten aus der leistungsabhängigen Vergütung ausgeklammert wurde, müssen die Krankenhäuser einen maßgeblichen Teil der tarifbedingten Personalkostensteigerungen selbst tragen. Dies ist mit dem erklärten Ziel, dem Personalmangel zu begegnen, nicht vereinbar. Es widerspricht zudem dem Grundsatz der notwendigen wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern, um diesen die Erfüllung ihres bestehenden Versorgungsauftrags nachhaltig zu ermöglichen. Die Krankenhäuser fordern daher mit Nachdruck eine **vollständige Refinanzierung der Tarifentwicklungen** im Rahmen der Erhöhungsrate für Tariferhöhungen (Tarifrate) für alle Berufsgruppen.

Pflegebudget

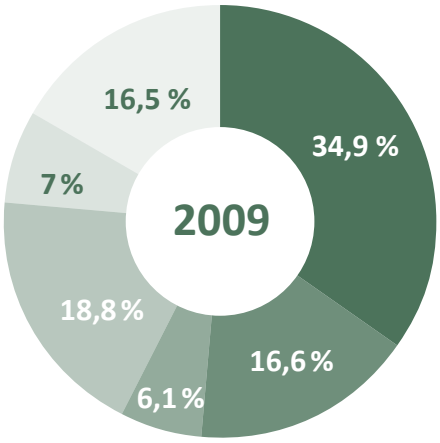
Die Krankenhäuser unterstützen grundsätzlich die mit der Einführung des Pflegebudgets verbundene Zielsetzung, die **Personalausstattung in der Pflege zu verbessern**. Mit den gesetzlichen Vorgaben wird zugesagt, dass die Personalkosten der Pflegekräfte in voller Höhe erstattet werden. Da das Pflegebudget erstmalig in den Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 zur Anwendung kommt und sich diese aufgrund der Corona-Pandemie verzögert haben, liegen noch keine Erfahrungen vor, inwieweit das Ziel und die Refinanzierung vor Ort erreicht werden. Insoweit sind die Erfahrungen in den kommenden Jahren und die bereits gesetzlich vorgesehene Evaluation abzuwarten. Im Hinblick auf eine längerfristige Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung kann die PPR 2.0 für die Ermittlung der erforderlichen personellen Besetzung in der Pflege einen wichtigen Beitrag leisten.

Abbildung 5: GKV-Leistungsausgaben

GKV-Leistungsausgaben:
160,40 Mrd. €

davon: Krankenhausbehandlungen

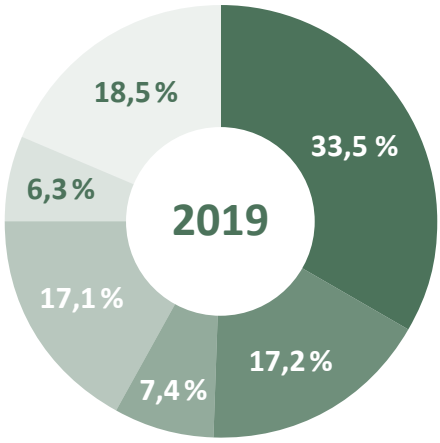
34,9 %
(56,04 Mrd. €)



GKV-Leistungsausgaben:
239,5 Mrd. €

davon: Krankenhausbehandlungen

33,5 %
(80,3 Mrd. €)



Krankenhausbehandlungen | Ärztliche Behandlung | Heil- und Hilfsmittel | Arzneimittel | Zahnarzt und Zahnersatz | Übrige Leistungen

Quelle: BMG

8. Vorkehrungen für zukünftige Pandemien

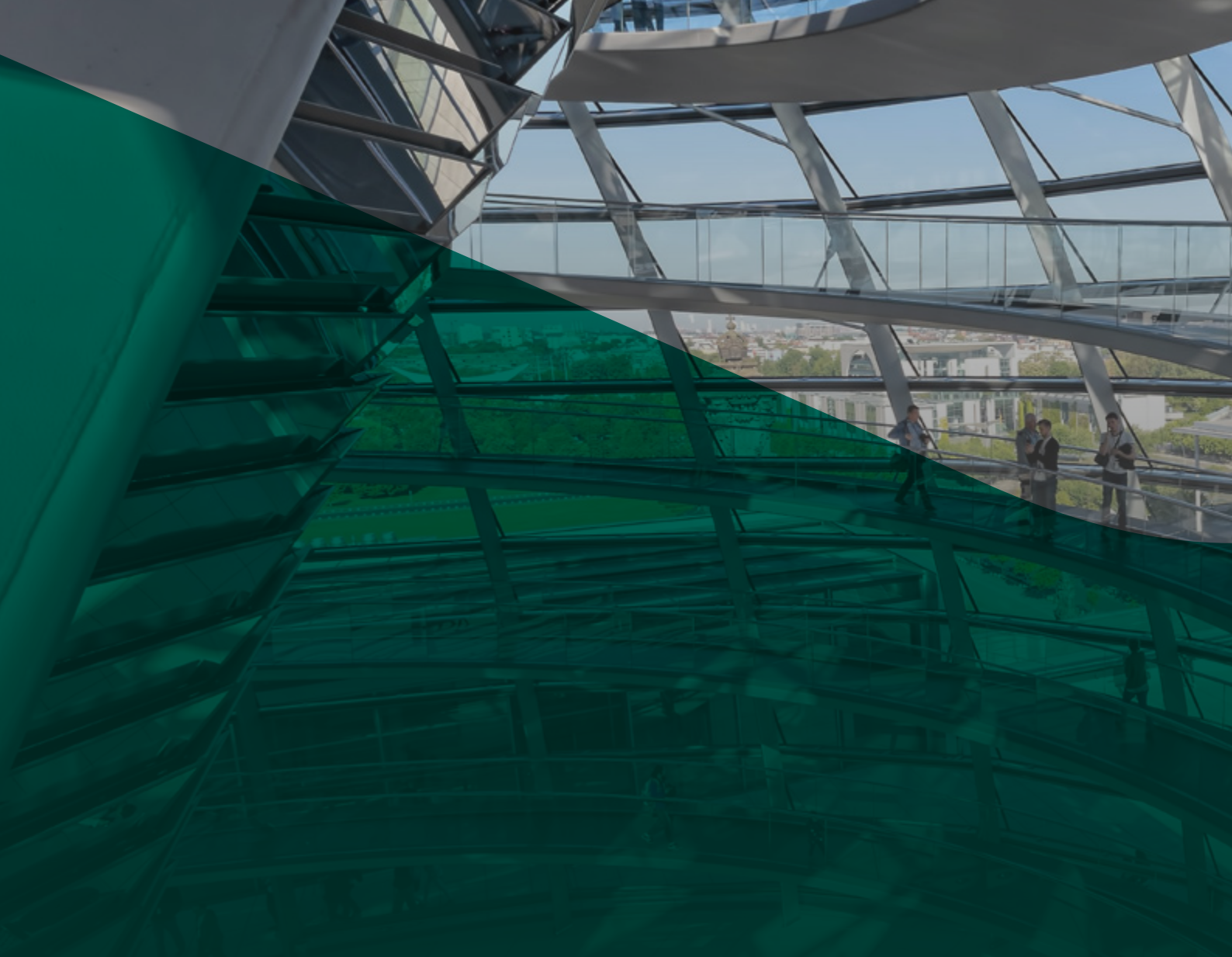
Dank der besonderen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und dem beispiellosen Engagement ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat das deutsche Gesundheitswesen die Krise im internationalen Vergleich bislang gut bewältigt. Um auf zukünftige Krisen noch besser vorbereitet zu sein, appellieren die Krankenhäuser an den Gesetzgeber, zeitnah die folgenden Vorkehrungen zu treffen:

- Vorhaltung eines aktuellen, erregerunabhängigen Pandemieplans der Länder unter Beteiligung der Krankenhäuser
- Sicherstellung pandemierelevanter Krankenhauskapazitäten (Notfallreserve)
- Ausreichende Kapazitäten zur Produktion von Arzneimitteln, Impfstoffen und Schutzausrüstungen durch Förderung der Produktion in der Europäischen Union
- Ausbau der bilateralen, grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in den Grenzregionen
- Ausbau und Förderung ausreichender Laborkapazitäten mit Berücksichtigung im Pandemieplan
- Errichtung einer Landesreserve für Schutzausrüstung
- Unterstützung der Krankenhäuser bei der Beschaffung und Bevorratung von Verbrauchsartikeln, die in der Pandemie dringend benötigt werden
- Kompensation der Kosten für zusätzliche Lagerhaltung
- Dauerhafte Etablierung einer datenschutzrechtlich abgesicherten digitalen Tracking-Lösung mit kurzfristigen Aktivierungsmöglichkeiten (analog der Corona-Warn-App)
- Zum Schutz der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser müssen die Indikationsstellung und die Finanzierung der COVID-19-Tests auch in Zukunft unbefristet, niedrigschwellig und kostendeckend ausgestaltet sein.

In diesem Kontext müssen auch die bisherigen Preisbildungsmechanismen insbesondere im Bereich der Medizinprodukte und Arzneimittel einer kritischen Prüfung unterzogen werden. Die in den vergangenen Jahren zu beobachtende Fokussierung auf Niedrigstpreise hat den Aspekt der dauerhaften Beschaffungssicherheit sträflich außer Acht gelassen und die zu Beginn der Krise aufgetretenen Lieferengpässe massiv befördert.

9. Erwartungen an die Gesundheitspolitik der EU

Die deutschen Krankenhäuser beteiligen sich bereits seit vielen Jahren konstruktiv an gesundheitspolitischen Debatten auf EU-Ebene und wollen aktiv an der künftigen Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik der EU mitwirken. Der Grundsatz, dass Mitgliedstaaten verantwortlich sind für die Organisation ihrer Systeme in den Bereichen der sozialen Sicherung und Gesundheit, sollte bei Diskussionen zur Gesundheitspolitik der EU die von allen getragene Grundlage bleiben. **Die Bedingungen für die Gesundheitsversorgung müssen Angelegenheit der Mitgliedstaaten bleiben.** Die EU kann nationale Maßnahmen sinnvoll unterstützen und ergänzen. Durch die Förderung gemeinsamer Forschung und durch die Organisation von Diskussionsplattformen auf EU-Ebene können Fortschritte erreicht werden, die durch einzelne Staaten möglicherweise nicht in diesem Umfang erzielbar wären, einschließlich grenzüberschreitender Nutzung von Big Data zu Forschungszwecken. Mögliche strukturelle und finanzielle Auswirkungen aus anderen Bereichen der EU-Politik auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten sollten daher Bestandteil jeder Gesetzesfolgenabschätzung auf europäischer Ebene sein. Auswirkungen auf Krankenhäuser müssen vom europäischen Gesetzgeber abgeschätzt und transparent gemacht werden.



Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Wegelystraße 3
10623 Berlin

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

klimaneutral
natureOffice.com | DE-229-23PH2XV
gedruckt

FSC
www.fsc.org
MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C084390