



April 2006

**Positionen  
der Deutschen Krankenhausgesellschaft  
zur Verhandlung der angekündigten Gesundheitsreform 2006**

**Kurzfassung**

**1. GKV-Finanzierung auf solide Grundlage stellen**

Es bedarf dringend einer ordnungspolitischen Neuausrichtung, um der immer deutlicher werdenden Unterfinanzierung der GKV entgegen zu treten. Das Potenzial der Kostendämpfung ist ausgeschöpft. Die anstehende Gesundheitsreform darf kein neues Kostendämpfungsgesetz werden. Vielmehr muss es darum gehen, Einnahmen und Aufgaben der GKV wieder in ein vernünftiges Verhältnis zu setzen und das Wachstums- und Beschäftigungspotential des Gesundheitswesens freizusetzen.

Reformziel muss es deshalb sein, die GKV von Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und demographischen Entwicklungen unabhängiger zu machen. Zudem darf es keine neuen „Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der GKV geben.

Versicherungsfremde Leistungen sind aus der GKV auszugliedern. Leistungen, die aus gesellschafts-, sozial- oder familienpolitischen Gründen für notwendig erachtet werden, müssen aus Steuermitteln finanziert werden.

Die Mehrbelastungen des Gesundheitswesens aus der Mehrwertsteuererhöhung sind auszugleichen. Allein im Krankenhausbereich führt die Erhöhung der Mehrwertsteuer um 3 Prozent zu finanziellen Mehrbelastungen von rund 500 Mio. Euro.

**2. Gesundheitsversorgung für alle sichern**

Es ist im Sinne der solidarischen Ordnung der GKV, auch weiterhin einen einheitlichen Leistungskatalog vorzuhalten.

Die DKG begrüßt Überlegungen, die notwendige Finanzierung der Versorgung von „schweren“ gegenüber „leichteren“ Erkrankungen zu priorisieren.

Der medizinisch-technische Fortschritt muss den Patienten weiterhin zeitnah zugute kommen. Sparpolitik darf nicht heißen, den Patienten Innovationen vorzuenthalten.

### **3. Einnahmen aus der PKV erhalten**

Die DKG spricht sich für die Beibehaltung der Gliederung des Krankenversicherungssystems in GKV und PKV mit den bestehenden Abgrenzungsmerkmalen aus. Überlegungen, die auf eine allgemeine Absenkung der privatärztlichen Gebührenordnung abzielen, lehnt die DKG ab. Jede Abwertung der privatärztlichen Leistungen führt zu erheblichen Einnahmeverlusten der Krankenhäuser. Die Einnahmen der Krankenhäuser aus der PKV dürfen daher bei der anstehenden Reform nicht zur Disposition gestellt werden.

### **4. Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) reformieren**

Die DKG fordert, dass die Beschlussfassung im GBA gesetzlich geändert wird. Die Stimmen der unparteiischen Vorsitzenden und weiteren unparteiischen Mitglieder und Stellvertreter müssen sinnvoll gewichtet werden. Mehrheitsbeschlüsse gegen alle Vertreter eines Verbandes sollen zukünftig nur dann möglich sein, wenn alle drei unparteiischen Mitglieder dem Mehrheitsbeschluss uneingeschränkt zustimmen.

### **5. Wettbewerb im Gesundheitswesen fördern**

Die DKG bekennt sich zum Leistungs- und Qualitätswettbewerb, auch über Verträge im Rahmen fairer partnerschaftlicher Regeln. Das Einkaufsmodell wird strikt abgelehnt.

Der Gesetzgeber hat die wettbewerbsorientierten Regelungen des GMG nicht konsequent ausgestaltet. Neue Versorgungskonzepte bleiben deshalb oft im Ansatz stecken. Es gilt, das Vertragsinstrument der Integrierten Versorgung und die Ansätze zur ambulanten Öffnung der Krankenhäuser so auszugestalten, dass Sektoren übergreifend ein echter Leistungswettbewerb um die bessere Versorgung entsteht.

Im Zuge einer konsequenten Weiterentwicklung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes bedarf es einer deutlichen Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten. Zur Förderung moderner Versorgungsstrukturen müssen wettbewerbsrechtliche Hemmnisse beseitigt werden. Hierfür muss beispielsweise § 69 SGB V zukünftig auch für „Kooperationen“ gelten. Insgesamt muss für eine Kompatibilität von Wettbewerbsinstrumenten und gesundheitspolitischen Zielen und Grundsätzen Sorge getragen werden.

### **6. Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsarztrechts vorantreiben**

Die DKG begrüßt, dass die Weiterentwicklung des Vertragsarztrechtes entsprechend dem Arbeitsentwurf vom August 2005 weiter verfolgt werden soll. Dringend erforderlich ist die vorgesehene Klarstellung, nach der eine parallele ärztliche Tätigkeit in Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) möglich sein soll. Eine entsprechende Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit würde sowohl zur Verbesserung der Einstellungsmöglichkeiten beitragen als auch die Kooperationsmöglichkeiten im Rahmen des Leistungsspektrums der Krankenhäuser deutlich stärken. Ebenfalls möglich sollte die vertragliche Einbindung von Vertragsärzten in die stationäre Versorgung sein.

## **7. Regelungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)**

Die DKG begrüßt Überlegungen, auf das Merkmal „fachübergreifend“ als Einrichtungsvoraussetzung für ein MVZ zu verzichten. Dies würde zu erheblichen Erleichterungen bei der Gründung von MVZ führen.

Die DKG unterstützt den Vorschlag, dass ein MVZ, sofern es als juristische Person betrieben wird, Mitglied seiner Kassenärztlichen Vereinigung werden soll (anstelle der bisherigen Mitgliedschaft der angestellten Ärzte). Eine solche Regelung wäre konsequent, da der Träger eines MVZ an die Regularien der vertragsärztlichen Versorgung gebunden ist. Dann muss ihm auch das Recht der Mitbestimmung bei Versorgungsentscheidungen im Rahmen der vertragsärztlichen Selbstverwaltung zustehen.

## **8. Integrierte Versorgung weiterentwickeln**

Die Finanzierung der Leistungen im Rahmen der Integrationsversorgung muss auf eine neue Grundlage gestellt werden. Die Aufbringung der Mittel über die von Krankenhäusern und Vertragsärzten zu tragende Umlage führt zur Unterfinanzierung der im Regelsystem zu erbringenden Leistungen und ist kein zukunftsfähiger Weg. Vielmehr muss eine eigene Finanzierungsquelle geschaffen werden, die nicht aus bereits erwirtschafteten Vergütungen gespeist wird.

Die vorgesehene Verlängerung der Anschubfinanzierung muss eng befristet und mit den folgenden Bedingungen verknüpft werden:

- Die Regelung des § 140 a Abs. 4 Satz 3 SGB V muss dahingehend geändert werden, dass die Berechtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung unabhängig vom jeweiligen Ermächtigungsstatus unmittelbar durch Vertragsabschluss ermöglicht wird.
- Die Finanzmittel sollten nur zur Vergütung von Leistungen dienen, die dem medizinischen Ziel einer integrierten Versorgung entsprechen.
- Die Registrierungsstelle nebst ihrer Prüf- und Auskunftspflichten ist verbindlich im Gesetz zu verankern.
- Im Sinne einer Verbesserung der Transparenz müssen die vertragsschließenden Krankenkassen zu einem jährlichen Verwendungsnachweis der Anschubfinanzierung gegenüber der Registrierungsstelle im Rahmen des Melde- und Auskunftsverfahrens verpflichtet werden.
- In die Anschubfinanzierung müssen weitere Leistungserbringer, die berechnete Vertragspartner von integrierten Versorgungsverträgen nach § 140b SGB V sein können und de facto schon sind, einbezogen werden.
- Steuerliche Belastungen und Benachteiligungen von Kooperationen und integrierter Zusammenarbeit müssen beseitigt werden.

## **9. Ordnungspolitischen Ansatz des § 116b SGB V neu ausrichten**

Die mit § 116 b SGB V neu geschaffene Möglichkeit, hochspezialisierte Leistungen sowie die Diagnostik und Versorgung von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf ambulant im Krankenhaus zu erbringen, lief bisher ins Leere. Eine Änderung des § 116b ist dringend erforderlich. Fraglich ist insbesondere, ob und inwieweit das Instrument des Einzelvertragswettbewerbs geeignet ist, eine qualitativ bessere und/oder durchgängige Versorgung der Versicherten zu erreichen.

Die DKG spricht sich dafür aus, hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf in die Systematik des § 115b SGB V zu überführen und dort zweiseitig weiterzuentwickeln. Krankenhäuser, die die erforderlichen Voraussetzungen für die Behandlung haben, hätten dann einen gesetzlichen Zulassungsanspruch zur ambulanten Leistungserbringung.

## **10. Voraussetzungen für sachgerechte Vergütungen schaffen**

### **o Professionalisierung Bewertungsausschuss**

Überlegungen zur Professionalisierung der Vergütungsfindung im vertragsärztlichen Bereich ähnlich InEK sind grundsätzlich zu begrüßen. Soweit ambulante Leistungen von Krankenhäusern Gegenstand der Festlegungen sind, ist die DKG einzubeziehen.

### **o Notfallambulanzen der Krankenhäuser**

Die DKG fordert gleiche Vergütungen für Krankenhäuser bei der ambulanten Notfallversorgung. Diese ist mit dem seit 1. April 2005 geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) nicht mehr gewährleistet. Krankenhäuser erhalten danach nur 40 Prozent der Vergütung der Vertragsärzte bei gleichem Leistungsinhalt. Die DKG kritisiert insbesondere, dass die Vergütung der Krankenhäuser für die ambulante Notfallbehandlung vom so genannten EBM-Bewertungsausschuss festgesetzt wird. Dieser setzt sich ausschließlich aus Vertretern der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammen. Die Krankenhäuser haben weder ein Beteiligungsrecht, noch ein Informationsrecht. Die DKG fordert daher entweder ein Beteiligungsrecht im Bewertungsausschuss oder die Möglichkeit zur zweiseitigen Vereinbarung der Vergütungen entsprechend den poliklinischen Ambulanzleistungen.

### **o Belegarztwesen**

Der seit 1. April 2005 für die vertragsärztliche Vergütung geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) führt zu erheblichen Honorareinbußen bei den belegärztlichen Leistungen und stellt eine akute Gefährdung der belegärztlichen Versorgung dar. Die DKG fordert, mittelfristig das gesamte Belegarztwesen grundlegend zu reformieren. Letztlich geht es bei dieser Versorgungsform um die Behandlung vollstationärer Patienten. Die belegärztlichen Leistungen sollten in das DRG-System integriert werden. Insofern stellen auch beginnende Reformüberlegungen im KV-System, die belegärztliche Versorgung aus dem ambulanten Sicherstellungsauftrag herauszulösen, eine zielführende Grundlage dar.

- **Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen**

Zur Vermeidung der Gefahr des Abbaus bedarfsnotwendiger Ausbildungskapazitäten und der Verschlechterung der Ausbildungsqualität ist eine Änderung des § 17a KHG wie folgt erforderlich: Gesetzliche Klarstellung zur umfassenden Berücksichtigung der Folgekosten des Krankenpflegegesetzes sowie Öffnung der landeseinheitlich zu vereinbarenden Referenzwerte für die Ausbildungsstätten für örtliche Besonderheiten.

## **11. Flexible Arbeitszeitregelungen im Krankenhaus fördern**

Die DKG fordert eine Aufstockung des Fördervolumens und ein zeitliches Vorziehen der bis 2009 vorgesehenen Finanzmittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen im Krankenhaus. Hierzu ist eine entsprechende Änderungen des § 6 (5) BPfIV und § 4 (13) KHEntgG erforderlich.

Dringend notwendig ist zudem eine erneute Novellierung des Arbeitszeitgesetzes. Der rechtliche Rahmen der europäischen Arbeitszeitrichtlinie muss voll ausgeschöpft werden. Die EU-Richtlinie kennt keinerlei Vorgaben zur täglichen Höchstarbeitszeit. Entsprechend muss die Vorgabe einer täglichen Höchstarbeitszeit von 8 Stunden im deutschen Arbeitszeitgesetz gelockert werden. Starre Arbeitszeitregelungen sind in Bereichen, in denen in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst notwendig ist nicht akzeptabel und widersprechen den Anforderungen eines Krankenhausbetriebes.

## **12. Mit Bürokratieabbau ernst machen**

Die bürokratische Belastung in den Krankenhäusern hat ein Ausmaß erreicht, das nicht länger hingenommen werden kann. Konsequente Entbürokratisierung ist dringend notwendig. Dazu kann und muss der Gesetzgeber beitragen.

- **Einzelfallprüfungen des MDK einschränken**

Das Recht der Krankenkassen zur Einzelfallprüfung gemäß den §§ 275 ff. SGB V wird zunehmend als Misstrauensbürokratie der Krankenkassen missbraucht. Einzelne Kassenarten „prüfen“ bis zu 80 % der Abrechnungen/Behandlungsfälle ihrer Patienten auf diese Art, obwohl der Gesetzgeber hierfür das Instrumentarium der Stichprobenprüfung gemäß § 17 c KHG geschaffen hat. Die DKG fordert, die Verfahrensregeln für Einzelfallprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen im Rahmen der §§ 275 ff. SGB V einzuschränken.

- **Steuerwirrwarr entzerren**

Krankenhäuser werden nach unterschiedlichsten Kriterien der Besteuerung unterworfen. Dies verursacht einen enormen Verwaltungsaufwand. Das Steuerrecht der Krankenhäuser muss entzerrt und an die gesundheitspolitischen Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte angepasst werden.

- **DMP vereinfachen**

Der bürokratische Aufwand der Disease Management Programme konterkariert das Ziel einer besseren medizinischen Versorgung. Die Versorgung chronisch kranker Menschen muss so weit wie möglich vereinfacht werden. Die Abkoppelung vom Risikostrukturausgleich wäre ein wirksamer Beitrag zum Bürokratieabbau.

### **13. Qualitätssicherung auf sachgerechte Grundlagen stellen**

Qualitätssicherung muss sowohl einrichtungsbezogen als auch sektorenübergreifend gestaltbar sein. Und sie muss auf Fakten anstatt auf Vermutungen basieren. Diesem Anspruch wird die derzeitige Mindestmengenregelung nicht gerecht. Die entscheidende Schwäche liegt darin, dass nach wie vor kein Nachweis gegeben ist für eine mit Mindestmengen verbundene Qualitätsverbesserung. Erst kürzlich hat beispielsweise das IQWiG in seinem Bericht zur Mindestmenge Knie-TEP nachgewiesen, dass sinnvolle Schwellenwerte für Mindestmengen nicht abzuleiten sind und die vom G-BA festgesetzte Mindestmenge von 50 Eingriffen keine Maßnahme darstellt, für die eine klinisch relevante Qualitätsverbesserung ableitbar ist. Dass trotz dieser Expertise im G-BA mehrheitlich an der Mindestmenge für Knie-TEP festgehalten wurde, zeigt eines: Als Zielsetzung steht nicht unbedingt eine Qualitätsverbesserung, wohl aber eine Reduktion von Leistungserbringern im Vordergrund. Die DKG fordert daher, die Mindestmengenregelung nicht länger mit dem Verbot der Leistungserbringung zu koppeln.

**Anmerkung:** Diese Forderungen der DKG berücksichtigen keine Sachverhalte, die der angekündigten, gesonderten Gesetzgebung zum zukünftigen ordnungspolitischen Rahmen für das DRG-System und dessen Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und –finanzierung vorbehalten sind.