



28.08.2014

## **Handeln, nicht wegducken!**

### Gemeinsame Positionen

des

Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und  
Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)

an

den Gesetzgeber und die Arbeitsgruppe von Bund und Ländern  
zur Vorbereitung der Krankenhausreform 2015

### **Ausgangslage**

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 16. Dezember 2013 enthält erstmals in einem größeren Umfang Aussagen über Regelungsziele auch zur Krankenhausversorgung. Wir begrüßen dies ausdrücklich. Wir begrüßen auch die von der Bundesregierung formulierte Qualitätsoffensive zur Verbesserung der Qualität der stationären Versorgung. Aus Sicht des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) verstehen wir unser gemeinsames Positionspapier an die Entscheidungsträger auf Bundes- und Landesebene als konstruktiven Beitrag zur Diskussion über die Weiterentwicklung der Patientenversorgung in den rund 2000 Krankenhäusern Deutschlands.

#### **1.**

### **Wettbewerb in einem brüchigen Ordnungsrahmen**

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich wollte der Gesetzgeber mehr Wettbewerb um Patienten und eine bessere Qualität in der Patientenversorgung

erreichen. In der jährlichen Fortschreibung setzen die Selbstverwaltungspartner auf Leistungsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Transparenz.

Im Koalitionsvertrag heißt es: „Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) als leistungsorientiertes Entgeltsystem war richtig.“

Nach über zehn Jahren DRG-System müssen wir aus Sicht der Praxis auch feststellen, dass eine der Güterwirtschaft entlehene Philosophie mit einem ökonomisch forcierten Wettbewerb zu Fehlentwicklungspotenzialen geführt hat. Dazu zählt unter anderem die Ausweitung des Shareholder-Value-Gedankens auf Einrichtungen, die primär dem Gemeinwohl und der Daseinsvorsorge der Bevölkerung verpflichtet sind.

Etwa 80 Prozent der Umsatzerlöse von Krankenhäusern werden über Fallpauschalen erzielt. Mit dem Rückzug der Bundesländer aus der Investitionsförderung ist auf der anderen Seite die Basis für den krankenhausplanerischen Ordnungsrahmen vielfach weggebrochen. Die Länder nehmen vorhandene Gestaltungsspielräume bei der Strukturentwicklung nicht mehr ausreichend wahr. Eine Restauration der Gestaltungshoheit mittels der traditionellen Krankenhausplanung dürfte damit kaum gelingen. Zudem haben rund zwei Drittel der Bundesländer die Teilgebietsplanung aufgegeben.

Zur Wettbewerbslogik des G-DRG-Systems komplementär schlagen wir für die Strukturpolitik der Krankenhausversorgung auf Landesebene eine Neuordnung der Investitionsfinanzierung vor, die wir angesichts der vorgenannten Entwicklungen für die allererste Priorität halten. Wir empfehlen dringend, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe auch hierzu – auf Basis der nachfolgenden Eckpunkte – eine Lösung erarbeitet.

## 2.

### **Neuordnung der Investitionsfinanzierung**

Die Investitionsförderung der Bundesländer ist das "schwarze Loch" der Krankenhausfinanzierung. Solange dieses Problem nicht gelöst ist, kranken alle anderen Bereiche, so auch die Personalbesetzung in der Pflege sowie die Qualität und letztendlich auch die Sicherheit im Krankenhaus. In diesem Kontext geht es uns nicht trivialökonomisch um ein bloßes Mehr an Fördermitteln. Im Vordergrund muss die Strukturgestaltung und Modernisierung der Krankenhausversorgung stehen.

Eine große Koalition hat aus unserer Sicht aufgrund der potenziell größeren Gestaltungsmöglichkeiten auch eine größere Verantwortung für die Zukunft der Patientenversorgung. Der Titel unseres Positionspapiers lautet daher:

### **„Handeln, nicht wegducken!“**

Mit Blick auf die vielschichtige Gemengelage zwischen Bund und Ländern dürfte genau dies die Herausforderung sein. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben im April 2014 bei der Vorstellung der leistungsorientierten Investitionspauschalen zu Recht darauf hingewiesen, dass die Bundesländer seit 1972 dafür verantwortlich sind, die Investitionen der Krankenhäuser zu finanzieren. Viele Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wurden über die Jahre vorgenommen, wobei immer wieder neu die Zuständigkeit der Länder durch den Gesetzgeber bestätigt wurde. Dennoch sank das Verhältnis der öffentlichen Fördermittel zu den Krankenausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von ca. 25 Prozent Anfang der 1970er Jahre auf unter vier Prozent bis 2013.

Die Investitionsförderung ist heute in keinem Bundesland ausreichend. Dabei darf der Verweis auf die Schuldenbremse nicht per se als Argument herhalten, auf eine Prüfung und Neubewertung der Prioritäten in den Haushalten der Bundesländer zu verzichten.

Wir fordern die Bund-Länder-Arbeitsgruppe dazu auf, substantielle Vorschläge für eine sachgerechte Restrukturierung der Krankenhausversorgung und zur Höhe der nötigen Investitionsmittel zu erarbeiten.

Mit der Kalkulation der leistungsorientierten Investitionspauschalen haben der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Grundlagen erarbeitet, auf die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zurückgreifen kann.

Um über die vorgenannte Kritik hinauszugehen, schlagen wir im Folgenden ein Investitionsmodell vor, das als ordnungspolitischer Rahmen systemlogisch komplementär zum wettbewerblichen DRG-System passt und über eine Setzung von Strukturanreizen zu einer sinnvollen Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen in den Ländern beitragen könnte. Das Modell umfasst zwei Komponenten.

#### 1. Die Finanzierung von Regelinvestitionen

- a. Da die stationären Patienten als Versicherte der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung den weit überwiegenden Anteil der Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, sollten die Krankenkassen an der Finanzierung von Regelinvestitionen beteiligt werden. Eine Beteiligung ist auch deswegen erforderlich, weil Krankenhäuser, der Not gehorchend, aus den Fallpauschalen bereits jetzt Mittel für Investitionen aufwenden, obwohl entsprechende Investitionsanteile in den aktuellen Fallpauschalen nicht einkalkuliert sind. Aufgrund von Abschreibungen in der Bilanz entstehen so prinzipiell vermeidbare Defizite. Die Zuweisung der Investitionsmittel wäre

möglich über einen Rechnungszuschlag, analog dem derzeitigen Versorgungszuschlag. Um zu einer betriebswirtschaftlich vernünftigen Investitionsquote zu kommen, ist ein Zuschlag von mindestens 5 Prozent erforderlich (oder etwa 3,6 Mrd. Euro mit Stand 2013). Ein Mitspracherecht der Krankenkassen bei Investitionsentscheidungen auf dieser Ebene verbietet sich allerdings aufgrund der Systemlogik des DRG-Systems. Die Krankenkassen haben ohnehin weitreichende Mitsprache- und Gestaltungsrechte auf der Landesebene (Landesplanungsausschuss).

- b. Die von den Bundesländern zurzeit bereitgestellten Fördermittel von rund 2,7 Mrd. Euro (Einzel- und Pauschalförderung) sollten analog dem Modell in Nordrhein-Westfalen als Pauschale pro Bewertungsrelation den Krankenhäusern zugewiesen werden. Dem zuständigen Ministerium melden die Krankenhäuser dazu die Summe der erbrachten Bewertungsrelationen. Die durch das Land insgesamt bereitgestellten Fördermittel werden dann durch die Summe der Bewertungsrelationen dividiert und über die sich so ergebende Pauschale den Krankenhäusern individuell und leistungsbezogen zugewiesen.

Zusammenfassend ergibt sich so eine Finanzierung von Regelinvestitionen über die Krankenversicherung von 3,6 Mrd. Euro und über die Bundesländer von zurzeit 2,7 Mrd. Euro. Mit zusammen 6,3 Mrd. Euro pro Jahr sehen VKD und VLK den dauerhaften Investitionsbedarf der Krankenhäuser in ähnlicher Höhe wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

## 2. Strukturentwicklungsfonds

Um eine bedarfsgerechte Strukturentwicklung der Krankenhausversorgung und auch eine perspektivische Entlastung insbesondere der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen zu erreichen, bestünde mit der zurzeit eher guten Finanzlage des Bundes ein Zeitfenster zur Einrichtung eines zeitlich befristeten Strukturentwicklungsfonds (zehn Jahre). Insoweit begrüßen wir ausdrücklich, wie in den Verhandlungen zum Koalitionsvertrag Ende 2013 diskutiert, einen Investitionsfonds. Dieser sollte aus unserer Sicht folgende Eckpunkte umfassen:

- a. Aus Sicht der Krankenhäuser muss eine staatliche Institution als Ausfallbürge tätig werden, wenn die Bundesländer ihre rechtlichen Gestaltungsspielräume aufgrund von Haushaltsengpässen nicht mehr ausreichend wahrnehmen können, sondern ihre Investitionsförderung fast ausschließlich auf die Finanzierung von Regelinvestitionen beschränken. Denn die Krankenhausversorgung ist nach wie vor eine öffentliche Aufgabe und Teil der staatlichen Daseinsvorsorge für seine Bürger. Dieser Ausfallbürge ist letztlich der Bund.

- b. Die zur Wahrnehmung der Gestaltungsaufgaben ursprünglich vorgesehenen 500 Mio. Euro sind allerdings nur ein „Tropfen auf dem heißen Stein“. Spürbare strukturelle Veränderungen sind – auch angesichts eines immensen Investitionsstaus vor allem in den alten Bundesländern, wie auch des Wegfalls der Investitionsmittel nach Artikel 14 GSG (Gesundheitsstrukturgesetz) in den neuen Bundesländern ab 2015 – aus unserer Sicht so nicht zu erwarten. Geht man von der derzeitigen Länderförderung von 2,7 Mrd. Euro pro Jahr aus, sollte mindestens diese Summe aus Mitteln des Bundeshaushalts pro Jahr in einen „Fonds zur Strukturentwicklung und Modernisierung der Krankenhausversorgung“ fließen. Dabei ist der Investitionsstau von konservativ geschätzt mindestens 30 Mrd. Euro noch nicht berücksichtigt.

Erster Nutznießer eines solchen Strukturentwicklungsfonds wäre die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), indem damit auch ein Beitrag zur Stabilisierung der Beitragssätze angestrebt würde. Ein vorübergehender Finanzierungsbeitrag aus dem Bundeshaushalt ist sachgerecht, da der Bund die Regelungskompetenz für die GKV hat und von perspektivisch anzustrebenden Entlastungen ebenfalls den Nutzen hätte (Zuschüsse Gesundheitsfonds). Ohne eine solche Förderung der Strukturentwicklung dürfte in den kommenden fünfzehn Jahren mit einer massiven Ausgabenexpansion der stationären Versorgung zu rechnen sein.

- c. Beim Strukturentwicklungsfonds sollten vorrangig Krankenhäuser in regionalen Verbänden zum Zuge kommen, die eine Anpassung auf der Ebene ihrer Fachabteilungen und Standorte oder eine Umwidmung anstreben. Optimal wäre ein regional abgestimmtes Planungskonzept. Die Umsetzung dieses Konzepts durch die Krankenhäuser sollte durch eine angemessene Förderung aus dem Strukturentwicklungsfonds unterstützt werden. Das Artikel 14-Programm in den neuen Bundesländern kann bei der Gesetzestextierung eine Orientierung sein.
- d. Eine in diesem Zusammenhang diskutierte „Abwrackprämie“ lehnen wir jedoch ab. Sie birgt das Risiko eines einseitigen Abbaus von Strukturen, die in den kommenden fünfzehn Jahren wieder benötigt werden (Demografie, Hygiene und Patientenisolierung, 2-Bett-Zimmer, weitere Senkung der Verweildauer mit steigendem Organisationsaufwand). Man sollte in der Strukturentwicklung der Krankenhausversorgung nicht den gleichen Fehler machen wie beim Abbau der Studienplatzkapazitäten in der Medizin Ende der 1990er Jahre.
- e. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung) sollten – unter Wahrung der Letztverantwortung der Bundesländer für die konkrete Standort- und Bettenplanung im Bundesland – ermächtigt werden, grundsätzliche Vorgaben zur Strukturentwicklung der Krankenhausversorgung zu erarbeiten.

### 3.

#### **Qualität und Patientensicherheit**

Die große Koalition will in einer Qualitätsoffensive mehr als eine „ausreichende und zweckmäßige Versorgung“ (§ 12 SGB V): „Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden.“ Dies unterstützen wir ausdrücklich.

Damit dies ein Erfolg und von den Akteuren im System auch mitgetragen werden kann, sollten aus Sicht der Praxis die nachfolgenden Aspekte bei gesetzlichen Neuregelungen berücksichtigt werden:

- Alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Patientensicherheit sollten ausschließlich dem Ziel einer Verbesserung der Ergebnisqualität der Patientenbehandlung dienen. Ist ein solcher Zusammenhang nicht nachweisbar, sollte der Gesetzgeber darauf verzichten, Regelungen für die Praxis vorzusehen. Damit würde er maßgeblich dazu beitragen, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende ihre Arbeitszeit primär ihren Patienten widmen könnten.
- Qualität muss dabei unstrittig definiert und messbar gemacht werden. Das neuzugründende Qualitätsinstitut kann dabei auf Vorarbeiten der Fachgesellschaften zurückgreifen.
- Sollte ein Großteil der zurzeit diskutierten zahlreichen Vorschläge zu mehr Transparenz der Behandlungsqualität von den Krankenhäusern umgesetzt werden müssen, sollte klar sein, dass dies zu einem erheblichen zusätzlichen Personalbedarf in den Kliniken und in der Konsequenz auch zu einer Steigerung der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen führen muss. Wenn dies politisch gewollt ist, leisten die Krankenhäuser hierzu ihren konstruktiven Beitrag. Aufgabe des neuen Qualitätsinstituts sollte aber auch sein, im Interesse einer sparsamen Mittelverwendung, die Maßnahmen auf das Wesentliche und wirklich Effektive zu konzentrieren. Anderes wäre politischer Aktionismus zu Lasten von Ressourcen, die besser direkt der Patientenversorgung zu Gute kommen sollten.
- Für eine am Patientenprozess orientierte Qualitätssicherung ist es unerlässlich, dass neben dem Krankenhaus alle weiteren, am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsdienstleister vor Ort qualifiziert in die Qualitätssicherung eingebunden werden. Insbesondere muss der vertragsärztliche Bereich nach einheitlichen Vorgaben zur Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren verpflichtet werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat im April 2014 Positionen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit vorgelegt, denen wir uns hiermit ergänzend anschließen.

Zu beachten ist insgesamt, dass „beste Qualität“, die die Regierungskoalition in ihrem Koalitionsvertrag fordert, auch eine entsprechende Finanzierung erfordert.

#### 4.

### **Weniger Bürokratie und mehr für die Patienten**

Der Aufwand für Bürokratie im Gesundheitssektor allgemein und im Krankenhausbereich ganz besonders ist in den letzten Jahren erheblich angestiegen. So hat eine Studie der Unternehmensberatung A. T. Kearney aus 2011 nachgewiesen, dass der bürokratische und administrative Aufwand im deutschen Gesundheitssystem rund 23 Prozent der Kosten insgesamt beträgt. Der Vergleichswert aus der Industrie beträgt nur rund 6 Prozent. Vom administrativen Aufwand wurde der Studie zufolge fast 70 Prozent durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verursacht.

Mit der Einführung des DRG-Systems haben sich Transparenz und Leistungsgerechtigkeit in der Vergütung von Krankenhausleistungen deutlich verbessert. Allerdings haben sich in den Krankenhäusern sowohl die Komplexität der Prozesse als auch die bürokratischen Folgekosten in den letzten zehn Jahren deutlich erhöht.

Mit der aktuellen Diskussion um Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit wird ein zweiter Entwicklungsstrang eröffnet, der über die kommenden Jahre zu einer weiter verbesserten Qualität und Sicherheit für die Patienten, mit absoluter Sicherheit aber auch zu einer weiteren Komplexitätssteigerung in der Krankenhausversorgung mit steigendem Bedarf an Fachpersonal führen wird.

Mehr Bürokratie entsteht zudem durch das Verhalten der Krankenkassen, die mit Forderungen nach noch mehr Transparenz und nach noch mehr Kontrollen auf Basis einer derzeit ausgeprägten Misstrauenskultur die Dokumentationsverpflichtungen der Krankenhäuser stetig in die Höhe treiben. Der immense Personalaufwand für die Dokumentationspflichten fehlt am Ende in der Versorgung der Patienten. Der Bürokratieaufwand ist damit auch Symptom eines in sich nicht stimmigen Systems.

Vor diesem Hintergrund fordern VLK und VKD, dass jede vom Gesetzgeber wie auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beschlossene neue Maßnahme vorher auf Vermeidung von zusätzlichem Bürokratieaufwand geprüft und alternativ im Gesetzentwurf bzw. GBA-Beschluss dargelegt wird, wie hoch die zu erwartenden Bürokratiekosten sind und wie derartige Maßnahmen refinanziert werden. Außerdem sollte in Gesetzen und GBA-Richtlinien neben dem Bürokratieaufwand auch der Erfüllungsaufwand analysiert und angegeben werden.

## 5.

**Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung**

Nach dem Koalitionsvertrag muss „nicht nur in Ballungsräumen, sondern auch in ländlichen Regionen ... die wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung gewährleistet sein“.

Dies unterstützen wird ausdrücklich. Angesichts eines weiter steigenden Ärztemangels, in Folge veränderter Lebensgewohnheiten junger Ärztinnen und Ärzte, des geänderten Arbeitszeitgesetzes und einer zunehmenden Fehlallokation von Ärztinnen und Ärzten, sehen auch wir den ersten Fokus in der

**Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land**

VLK und VKD erwarten von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sachgerechte Empfehlungen zu Maßnahmen gegen den Ärztemangel in Praxis und Krankenhaus. Dabei sollten aus unserer Sicht insbesondere die nachfolgenden Optionen geprüft werden. Bei einer Anzahl der Studienplätze für Humanmedizin von etwa 10.500 pro Jahr erscheint aus unserer Sicht insbesondere erforderlich:

- Die Zugangskriterien zum Medizinstudium zu ändern: Insbesondere sollte der Numerus clausus in der jetzigen Form nicht allein ausschlaggebend für den Zugang zum Medizinstudium sein. Neben der Hochschulreife sollten praktische Erfahrungen, wie beispielsweise ein "praktisches pflegerisches Jahr" gleichberechtigtes Zugangskriterium zum Studium sein.
- Da derzeit von jeder Studienkohorte ca. 25 Prozent der Absolventen in sogenannte "paramedizinische Berufe", d. h. Verwaltungsberufe mit medizinischem Hintergrund, wechseln und damit der "kurativen Medizin" nicht mehr zur Verfügung stehen, sollte diesen Studenten – in der Frühphase des Medizinstudiums – ein Weg in neue Studiengänge für medizinische Verwaltungsberufe eröffnet werden.

Die mit dem „Landärztegesetz“ eingeführte finanzielle Unterstützung für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte hat nicht zu einer Verbesserung der Perspektive für ländliche Regionen geführt. Dies hat kürzlich auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bestätigt. Es sollte auch nicht primär um finanzielle Anreize gehen. Der Staat sollte die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit auf dem Land verbessern. Dazu müssen die Überversorgung mit Fachspezialisten insbesondere in Ballungsgebieten abgebaut und berufsfreundlichere Rahmenbedingungen zum Erhalt von Allgemeinpraxen in ländlichen Regionen aufgebaut werden.

Ein Anzeichen für Ärztemangel im vertragsärztlichen Bereich ist auch, dass die Krankenhäuser zunehmend als „Ausputzer“ für die ambulante Notfallversorgung einspringen müssen.



Seit einigen Jahren verzeichnen viele Krankenhäuser hier zweistellige prozentuale Zuwachsraten. Für diese Patienten erhalten die Kliniken keine kostendeckenden Vergütungen. Nach bisherigen Schätzungen soll sich der Fehlbetrag bundesweit auf über 1 Milliarde Euro summieren.

Nötig ist aus unserer Sicht eine grundsätzliche Neuregelung der Zuständigkeit für die ambulante Notfallversorgung. Die Rechtsnormen sollten dem faktischen Patientenverhalten angepasst werden. Wir sehen eine reguläre Zuständigkeit des Krankenhauses, das grundsätzlich keinen Patienten abweisen kann, ohne dass vorher zumindest eine Basisdiagnostik durchgeführt wurde. Eine geordnete Regelung schließt eine kostendeckende Vergütung dieser Leistungen durch Krankenhäuser ein.

Attraktiv sind für Jungmediziner zunehmend Praxisgemeinschaften, Ärztehäuser und medizinische Versorgungszentren. Es sollte geprüft werden, wie die Entwicklung von der Einzelpraxis zum Ärztezentrum in Kommunen unterstützt werden kann. Angestelltenverhältnis und Teilzeitbeschäftigung werden aufgrund einer veränderten Lebensplanung für viele Jungmediziner attraktiver. Auch Krankenhausträger sollten in ihrem Engagement zur Entwicklung regionaler Gesundheitszentren unter Einbindung niedergelassener Ärzte gefördert werden.

Den zweiten Fokus in der Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung sehen wir in einer praxistauglichen

### **Neuregelung von Sicherstellungszuschlägen**

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung) sollten ermächtigt werden, unter Wahrung der Letztverantwortung der Bundesländer für die konkrete Standort- und Bettenplanung im Bundesland, bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen festzulegen. Wichtig sind dabei Definitionen zu folgenden Kriterien:

- Leistungen, die zur Grundversorgung der Bevölkerung vorzuhalten sind.
- Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus ohne Zuschlag erbracht werden können,
- Geringer Versorgungsbedarf, aufgrund dessen eine wirtschaftliche Betriebsführung über das DRG-System nicht erreichbar ist. Als Orientierung kann die Leistungsmenge des durchschnittlichen Kalkulationskrankenhauses dienen. Je weiter die Ist-Menge eines realen Krankenhauses der Grundversorgung unter dieser Kalkulationsmenge liegt, desto weniger ist eine wirtschaftliche Betriebsführung über das DRG-System erreichbar.

Ein Sicherstellungszuschlag sollte gewährt werden, wenn ein zur Sicherstellung der Versorgung notwendiges Krankenhaus nicht nur in einzelnen Fachabteilungen und Teilgebieten, sondern insgesamt Defizite zu tragen hat. Bei mehreren Betriebsstätten sollte die Prüfung

der Notwendigkeit eines Sicherstellungszuschlags bezogen auf die einzelne Betriebsstätte erfolgen. Das negative wirtschaftliche Ergebnis einer Betriebsstätte sollte aus der, durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigten Bilanz des Jahresabschlusses eines Krankenhauses ersichtlich sein oder von einem Wirtschaftsprüfer im Auftrag der zuständigen Behörde bestätigt werden.

Die Einhaltung der Vorgaben sollte durch die zuständige Landesbehörde geprüft werden. Die Sicherstellungszuschläge sollten bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht absenkend berücksichtigt werden. Abweichende Vorgaben der Länder sollten aufgrund der Zuständigkeit für die Krankenhausplanung möglich sein. Die Höhe des Sicherstellungszuschlags sollte durch die Vertragsparteien vor Ort verhandelt werden und schiedsstellenfähig sein. Als Orientierung für eine Neuregelung könnte der bereits bestehende Mindererlösausgleich von 20 Prozent dienen. In einer Neuregelung könnte ein ähnlicher Ausgleich auf die Differenz zwischen der Leistungsmenge des durchschnittlichen Kalkulationskrankenhauses und der Ist-Menge des zu verhandelnden Krankenhauses bezogen werden.

### **Vom Umgang miteinander**

Seit nunmehr zwei Jahren nehmen die Krankenhäuser in der Öffentlichkeit eine zunehmende Tendenz zur Diskreditierung ihrer Leistungen sowie der Qualität und Sicherheit ihrer Einrichtungen wahr. Dabei sind Krankenhäuser heute nachweislich so sicher wie nie. Fast jedes Krankenhaus hat Risikomanagementsysteme, Fehlermeldesysteme und Verfahren zur Qualitätsverbesserung eingeführt. Insofern ist der in der Öffentlichkeit, vielfach aus journalistischer Effekthascherei, vermittelte Eindruck völlig falsch. Vor Ort und in der Praxis erleben wir dadurch eine massive Verunsicherung der Patienten. Mediale Skandalisierung schadet, wenn Patienten aus Angst vor dem Krankenhaus eine notwendige stationäre Behandlung unterlassen.

Kliniken, Ärzte, Krankenkassen und Politik sollten alles Nötige tun, um die Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung weiter zu verbessern. Dazu sind die Qualitätsoffensive der Bundesregierung und die Positionierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die richtigen Signale. Zudem sollte ein konstruktiver Umgang miteinander, der Aufklärung und Verbesserung zum Ziel hat, für alle Beteiligten, einschließlich der Medien, der gemeinsame Weg im Interesse der Versicherten und Patienten sein.

Dr. Josef Düllings, VKD-Präsident  
für den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, VLK-Präsident  
für den Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)