



**Konzept für die Ausgestaltung
des ordnungspolitischen Rahmens
ab dem Jahr 2009**

Impressum

| | |
|-------------|--|
| Herausgeber | Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) |
| Anschrift | Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) Postfach 12 05 55 10595 Berlin Hausanschrift: Wegelystraße 3 10623 Berlin T +49.30.398 01-0 F +49.30.398 01-30 00 eMail dkgmailto@dkgev.de |
| Internet | www.dkgev.de |
| Gestaltung | suteishi communication |
| Herstellung | Gutendruck GmbH |
| Stand | Januar 2007 |

Grundsätze der DKG zum zukünftigen Ordnungsrahmen

I DIE KRANKENHÄUSER IM DIENST DER MENSCHEN

Patientenorientierte stationäre Versorgung in den Mittelpunkt rücken

II DAS KRANKENHAUS ALS WACHSTUMS- UND INNOVATIONSMOTOR

Schluss mit der Veränderungsrate

Krankheitswahrscheinlichkeit und medizinischen Fortschritt voll finanzieren

Tariflohnsteigerungen refinanzieren

Leistungen für Selbstzahler aus den Budgets herausnehmen

III DAS KRANKENHAUS ALS „GESUNDHEITZENTRUM“

Sektorale Trennung weiter abbauen

Modernisierung der „doppelten Facharztschiene“

IV WETTBEWERB UM QUALITÄT

Wettbewerb um die beste Qualität fördern – kein Preiswettbewerb für medizinische Leistungen

Freie Krankenhauswahl für Patienten

Entscheidungsfreiheit der Krankenhäuser über die medizinischen und nicht-medizinischen Zusatzleistungen schaffen

Wettbewerbsrecht den gesundheitspolitischen Zielvorstellungen anpassen – Eigenständige Wettbewerbsregeln im Sozialgesetzbuch schaffen

V STAATLICHE DASEINSVORSORGE FÜR KRANKENHAUSLEISTUNGEN: SICHERSTELLUNG UND KRANKENHAUSPLANUNG

Sicherstellungsauftrag als öffentliche Aufgabe belassen – Trägervielfalt bewahren

Staatliche Krankenhausplanung nach dem Grundsatz „Nicht mehr, sondern weniger!“

Planung auf Standorte und medizinische Fachgebiete beschränken

Krankenhäuser weiterhin über Aufnahme in Krankenhausplan zulassen – Kontrahierungspflicht für die gesetzlichen Krankenkassen

Leistungsspektrum weiterhin über den Versorgungsauftrag definieren

VI KÜNFTIGES FINANZIERUNGSSYSTEM: FALLPAUSCHALEN-VERGÜTUNG AB 2009

1. Betriebskostenfinanzierung

Fallpauschalen-System auf Basis der Rahmenbedingungen des letzten Konvergenzjahres weiter entwickeln

Öffnungsklauseln für alle Krankenhausleistungen, die nicht im DRG-System abgebildet sind, belassen

Festpreise auf Landesebene

Belegärztliche und teilstationäre Leistungen in das DRG-System einbinden

Krankenhäuser dürfen künftig Überschüsse erwirtschaften

Prospektive Budgetverhandlungen mit allen Kostenträgern gemeinsam

GOÄ/GOZ für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen beibehalten

Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Ärzte

2. Investitionsfinanzierung

Durch Bürokratieabbau Investitionsvorhaben erleichtern

Monistische Finanzierung, wenn Länderfördermittel und Investitionsstau voll in das GKV-System fließen

Freie Entscheidung der Krankenhäuser über Verwendung der Investitionsmittel

VII FINANZIERUNG DER AUSBILDUNGSTÄTTEN

Verlässliche Rahmenbedingungen für Finanzierung der Ausbildungsstätten schaffen

Keine Festlegung verbindlicher „Preise“ durch die Bundesebene

Regionale Besonderheiten bei Ausbildungsbudgets beachten

KRANKENHAUS IN ZAHLEN

Es geht um ...

... Versorgungsleistungen, die 2,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt betragen

... den stärksten Leistungsbereich (36,3 Prozent) in der Krankenversicherung

... 60,4 Mrd. Euro Umsatz darunter 49,0 Mrd. Euro GKV-Mittel und 6,1 Mrd. Euro PKV-Mittel

... 2.139 Krankenhäuser

... 523.824 Betten

... 16.873.885 Patienten

... 144.576.126 Belegungstage

... insgesamt 1.070.655 Mitarbeiter

... 132.380 Krankenhausärzte

... 6.934 Belegärzte

... 393.186 Pflegekräfte

... eine durchschnittliche Verweildauer von 8,6 Tagen

... 1.082 Fallpauschalen (DRGs)

... 105 Zusatzentgelte

I

DIE KRANKENHÄUSER IM DIENST DER MENSCHEN FÜR EINE BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG DER BEVÖLKERUNG

Die Krankenhäuser stellen im Kernbereich des Gesundheitswesens die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Sie tragen Sorge für die erforderliche Diagnostik, Behandlung und Therapie. Ihre Aufgabe ist insbesondere auch die Behandlung schwerer, komplexer Krankheiten. Im Mittelpunkt steht eine **ganzheitliche Versorgung**, die die körperlichen und seelischen Belange kranker Menschen beachtet und menschliche Zuwendung in die Behandlung einbringt. Krankenhäuser tragen eine hohe gesellschaftliche Verantwortung, da sich gerade bei Krankheit und Tod zeigt, welche Werte und ethischen Grundhaltungen eine Gesellschaft lebt. Krankenhäuser brauchen Rahmenbedingungen, die eine Erfüllung dieser Aufgaben gewährleisten.

Dem besonderen Charakter der Krankenhausleistungen sowie der staatlichen Verpflichtung zur Daseinsvorsorge ist bei der Ausgestaltung des zukünftigen ordnungspolitischen Rahmens Aufmerksamkeit zu schenken. Zu einer Industrialisierung der Patientenversorgung darf es nicht kommen.

II

DAS KRANKENHAUS ALS WACHSTUMS- UND INNOVATIONSMOTOR

Die rund 2.100 deutschen Krankenhäuser haben mit einem Anteil von 2,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt, 1,1 Mio. Beschäftigten und einem Gesamtumsatz von 60,4 Mrd. Euro eine zentrale Funktion nicht nur im medizinischen, sondern insbesondere auch im gesamtgesellschaftlichen Sinne.

Krankenhäuser sind somit kein „Ausgabenblock“. Sie sind Leistungsträger der medizinischen Daseinsvorsorge der Bevölkerung.

In zahlreichen Regionen sind sie die größten Arbeitgeber und bieten qualifizierte Arbeitsplätze an. Krankenhäuser sind Nachfrager von Dienstleistungen und Waren, insbesondere auch hochwertiger, innovativer Produkte.

Krankenhäuser sind auch Träger von Ausbildungsstätten für eine Vielzahl von Berufen im Gesundheitswesen. Der Bedarf an qualifiziertem Personal wird in den nächsten Jahren deutlich wachsen. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zum Jahr 2020 der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung um 50 Prozent auf bundesweit rund drei Millionen Menschen ansteigen wird. Krankenhäuser nehmen sich dieser immens wichtigen Aufgabe an.

Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung hat sich nicht zuletzt aufgrund der steigenden Lebenserwartung stark verändert. Es besteht eine hohe Erwartung an die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens.

Der mündige und informierte Patient ist zunehmend bereit, Eigenverantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen. Diese **Eigenverantwortung** jenseits des medizinisch Notwendigen **darf durch politische Vorgaben nicht eingeschränkt werden**.

Medizinisch-technische Innovationen werden im Gesundheitswesen weiterhin für ein Wachstum sorgen, das oberhalb der Zuwachsraten des BIP liegt. Innovationen tragen zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgung bei und sichern bzw. schaffen darüber hinaus zahlreiche Arbeitsplätze in Deutschland. Das **Krankenhaus** ist die **zentrale Zugangsstelle für den medizinischen Fortschritt** und muss es auch bleiben. Die Überprüfung und **Bewertung einzelner Verfahren** muss **stärker an der praktischen Versorgungsrealität orientiert werden**. Rationierungsentscheidungen sind von der Politik zu treffen.

Das Gesundheitswesen hat ein erhebliches **Wachstums- und Innovationspotential**. Zahlreiche Studien sehen insbesondere für den Krankenhausbereich grundsätzlich enorme Zuwachschancen. Die Ausschöpfung dieses Potentials muss durch geeignete gesundheitspolitische Rahmenbedingungen ermöglicht werden. Entscheidend ist aber auch die Finanzierungsbasis des GKV-Systems insgesamt. **Dem Patientenwohl ist stets oberste Priorität einzuräumen**. Die Ausgestaltung des zukünftigen Ordnungsrahmens für das DRG-System und die Krankenhausplanung sind in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung.

Die enge Bindung der ambulanten und stationären Vergütungen der gesetzlichen Krankenkassen an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ist kein zukunftsfähiger Weg. Zwischen dem medizinischen Versorgungsbedarf und der Lohn- und Gehaltsentwicklung in der Volkswirtschaft gibt es keinen direkten Zusammenhang. Vielmehr behindert die Grundlohnorientierung Innovationen und Wachstum im Gesundheitswesen. Die **Gesundheitsausgaben** und **insbesondere die Krankenhausausgaben** müssen daher **von der Entwicklung der Grundlohnrate entkoppelt** werden.

Dabei bekennt sich die DKG zur Mitverantwortung für die Finanzierbarkeit der Gesundheitsleistungen bei der Preisgestaltung. Eine Orientierung an der Einnahmentwicklung der GKV kann jedoch nur für allgemeine Kostenfaktoren akzeptiert werden. **Morbiditätsrisiken, medizinischer Fortschritt** sowie **außerordentliche Tariflohnsteigerungen** müssen darüber hinaus **voll von den Kostenträgern** bzw. Nutzern der Leistungen **finanziert werden**.

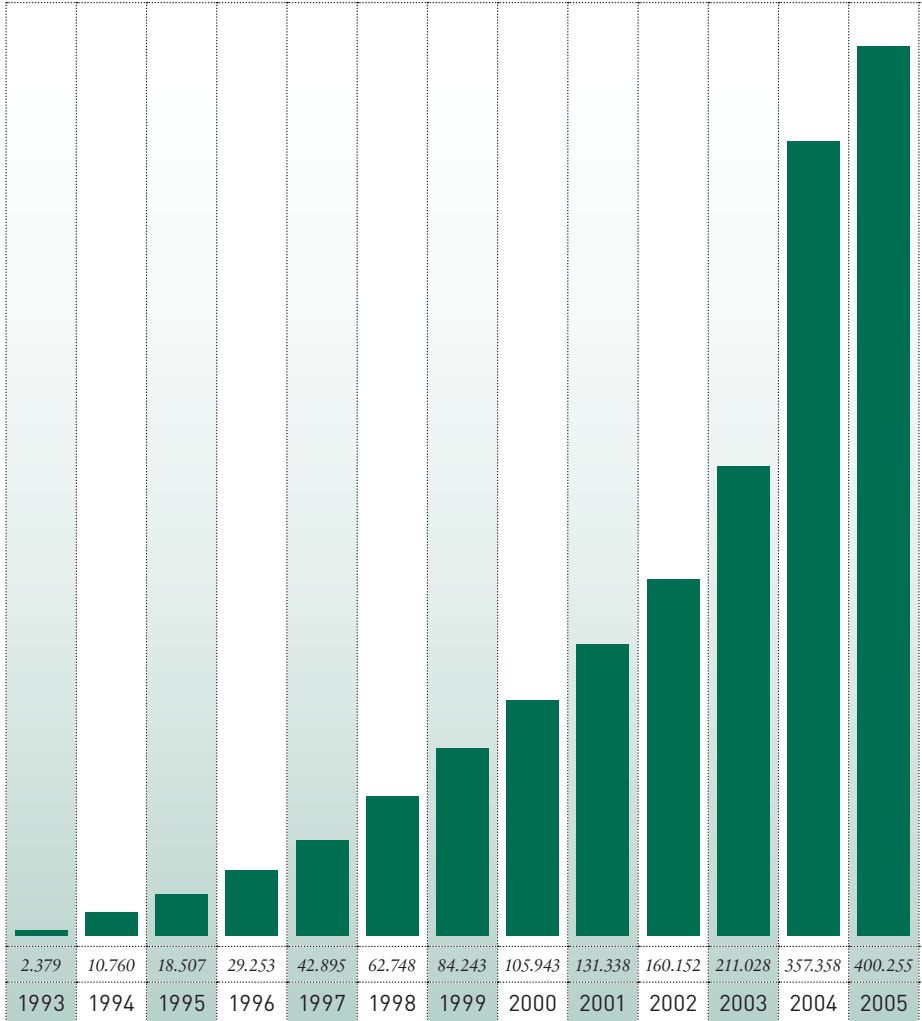
Die den Selbstzahlern zuzuordnenden Leistungen sind von Restriktionen des Sozialversicherungssystems auszunehmen und nicht Gegenstand der Budgetvereinbarungen vor Ort.

III DAS KRANKENHAUS ALS „GESUNDHEITZENTRUM“

Das Krankenhaus ist der ideale Standort für eine medizinische Versorgung aus einem Guss. Als **integriertes Dienstleistungszentrum** kann das Krankenhaus selbst oder in Kooperation und Koordination mit anderen Leistungsanbietern eine patientengerechte Steuerung der Behandlungsabläufe vornehmen. Dazu muss die **sektorale Trennung der ambulanten und stationären Versorgung abgebaut werden**. Erforderlich sind unter anderem eine **Modernisierung der „doppelten Facharztschiene“** mit erweiterten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser, eine **Ausweitung der**

Möglichkeiten zur nachstationären Behandlung, eine Verbesserung der Bedingungen zur Mitwirkung der Krankenhäuser an der Notfallversorgung sowie die Schaffung erleichterter gesetzlicher Möglichkeiten zur Erbringung von Leistungen gemäß § 116 b SGB V. Der bisherige enge gesetzliche Rahmen der nachstationären Behandlung durch Krankenhäuser ist hierzu nicht ausreichend. Das Belegarztwesen ist in ein Kooperationsarztmodell zu überführen. Hierbei ist insbesondere sicherzustellen, dass die zusätzlich von den Krankenhäusern zu erbringenden ärztlichen Leistungen sachgerecht vergütet werden.

GKV-Ausgaben für Ambulante Operationen im Krankenhaus (§ 115 b) in 1.000 Euro



Quelle: BMG

Die Einbeziehung wettbewerblicher Steuerungselemente im medizinischen Versorgungssystem ist zu befürworten. Die Krankenhäuser stellen sich dem Wettbewerb, der durch die Einführung des leistungsorientierten Vergütungssystems vermehrt um Leistungen und Qualität geführt wird und in den letzten Jahren bereits deutlich zugenommen hat. Wettbewerb erhöht Effizienz und Qualität. Allerdings ist ein **reiner Preiswettbewerb** mit dem Ziel einer **bedarfsgerechten Versorgung** der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen Krankenhausleistungen **nicht zu vereinbaren**, da hierdurch die fiskalischen Aspekte zwangsläufig in den Vordergrund treten und die übrigen Parameter verdrängen. Zur Stärkung der Patientenorientierung muss der Wettbewerb daher auch **zukünftig als Wettbewerb um die beste Qualität** ausgestaltet sein.

Qualitätswettbewerb macht neben einer verbesserten Transparenz über die Qualität der von den Krankenhäusern angebotenen Leistungen zwingend erforderlich, dass die **Patienten ihr Krankenhaus auch in Zukunft frei wählen können**. Darüber hinaus muss den Krankenhäusern in einem wettbewerblichen Umfeld **freigestellt sein, welche medizinischen und nicht-medizinischen Zusatzleistungen** sie ihren Patienten während des Krankenhausaufenthaltes **zu welchen Preisen anbieten**.

Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung setzt in vielen Versorgungsbereichen schon heute eine enge Zusammenarbeit und Aufgabenteilung der Krankenhäuser untereinander voraus. Im Interesse einer durchgehenden Versorgung der Patienten über die Sektorengrenzen hinaus werden in Zukunft auch Kooperationen der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten und den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringern deutlich an Bedeutung gewinnen. Die mit Fusionen und Kooperationen einhergehenden Synergien sind (gesundheits-)politisch gewollt. Durch Kooperationen erzielte Verbesserungen dürfen nicht durch Steuerbelastungen konterkariert werden.

Zwingend notwendig ist auch eine Harmonisierung der gesundheitspolitischen Zielvorstellungen mit den Regularien des Wettbewerbsrechts. **Notwendige und gewollte Kooperationen dürfen nicht durch kartellrechtliche Auflagen behindert werden**.

Die für freie Märkte konzipierten Mechanismen der Wettbewerbskontrolle (Fusionen, Kartelle, etc.) sind auf den Krankenhausbereich nicht ohne weiteres übertragbar. Der Krankenhausbereich ist kein Markt im klassischen Sinne, sondern von der Zulassung über die Leistungserbringung bis hin zur Preisgestaltung gesetzlich geregelt. Fusionen und Kooperationen müssen daher mit anderen Prüfmaßstäben gemessen werden. Dem Anliegen des Wettbewerbsrechts, durch Fusions- und Kartellkontrolle den Gefahren steigender, nicht marktgerechter Preise entgegen zu wirken, wird im Krankenhausbereich durch anderen Mechanismen Rechnung getragen. Bei weitgehend administrierten Preisen im Krankenhausbereich ist die Preisfindung kein einseitiger Akt des Anbieters aufgrund von Angebot und Nachfrage, sondern setzt auf der Landesebene bzw. ergänzend auf örtlicher Ebene eine Vereinbarung mit den Sozialleistungsträgern voraus, die der staatlichen Rechtskontrolle unterliegt.

Es ist daher angezeigt, **zugelassene Krankenhäuser** (§ 108 SGB V) **ausschließlich sozialgesetzlichen Regularien zu unterwerfen**, wie es für die Krankenkassen selbst schon in § 69 SGB V erfolgt ist.

V STAATLICHE DASEINSVORSORGE FÜR KRANKENHAUSLEISTUNGEN: SICHERSTELLUNG UND KRANKENHAUSPLANUNG

Die **Sicherstellung** einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist eine **öffentliche Aufgabe** und muss **beim Land** liegen. Die **Trägervielfalt** muss in diesem Rahmen als eigenständiger Wert beachtet werden. Die Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitswesens und die sozialstaatliche Verpflichtung zur **Daseinsvorsorge kann nicht an Dritte (Krankenkassen) delegiert werden**. Die im Wettbewerb stehenden und hinsichtlich regionaler Aspekte unterschiedliche Ziele und Interessen verfolgenden Kassenarten verfügen nicht über die ausreichende demokratische Legitimation und allgegenwärtige Verantwortung, um die flächendeckende Versorgung im Kernbereich der medizinischen Daseinsvorsorge sicherzustellen.

Zur Gewährleistung des Wettbewerbs um Art, Umfang und Qualität der Leistungen muss das Prinzip staatlicher **Krankenhausplanung** lauten: „**Soviel wie nötig, so wenig wie möglich**“.

Die Krankenhausplanung sollte sich daher auf die **Festlegung von Standorten und medizinischen Fachgebieten** sowie auf die **Vermeidung von Unterversorgung** beschränken. Krankenhäusern muss der erforderliche **Freiraum zur Weiterentwicklung ihrer Leistungsspektren** eingeräumt werden. Eine detaillierte Leistungsplanung muss daher strikt abgelehnt werden. Jede Wettbewerbsorientierung würde durch derart planwirtschaftliche Elemente im Keim erstickt.

Die Zulassung der Krankenhäuser erfolgt weiterhin über die Aufnahme in den Krankenhausplan und nach den Regelungen des § 108 SGB V. Das Leistungsspektrum des Krankenhauses sollte sich auch in Zukunft aus dem Versorgungsauftrag gemäß § 109 SGB V ergeben. Der automatische **Ausschluss** von der Berechtigung zur Erbringung von Leistungen **aufgrund von Mindestmengenvorgaben und überzogener Strukturqualitätsanforderungen** durch den Gemeinsamen Bundesausschuss **ist abzulehnen**.

1. Betriebskostenfinanzierung

Mit der Einführung des DRG-Vergütungssystems wurde die Finanzierung der Krankenhäuser auf eine neue Grundlage gestellt. Aus den Krankenhausbudgets abgeleitete tagesgleiche Pflegesätze sind in aus Kalkulationen ermittelte Leistungsbewertungen überführt worden.

Die DKG hat den Schritt zur leistungsorientierten Vergütung der laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser grundsätzlich begrüßt und aktiv mitgestaltet. Die leistungsorientierte Vergütungsstruktur objektiviert die Bewertung der Krankenhausleistungen und den Finanzbedarf für die stationären Leistungen insgesamt. Sie macht Aufwand, Kosten und Erlöse transparent und schafft damit die Voraussetzung für Kosten- und Effizienzorientierung in den Krankenhäusern und ermöglicht ressourcensparende qualitätsgesicherte Medizin. **Die Leistungspauschalen müssen die Erwirtschaftung von Überschüssen ermöglichen.**

Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung des Kernbereichs des DRG-Vergütungssystems sind die Rahmenbedingungen, die sich im letzten Jahr der Konvergenz ergeben.

Das sind insbesondere:

- Ein **bundeseinheitliches Leistungs- und Vergütungsverzeichnis mit Bewertungsrelationen auch für teilstationäre Leistungen**, einschließlich der Definition von bewerteten und nicht bewerteten **Zusatzentgelten sowie** vom System ausgenommene bzw. **nicht bewertete Leistungen**.
- Festlegung von **landesweiten „Preisen“** in Form der Landesbasisfallwerte **als Festpreise für die bundeseinheitlich vorgegebenen voll- und teilstationären Leistungen**.
- **Krankenhausindividuelle Vereinbarung von „Preisen“ für – bundesweit vorgegebene – definierte Leistungen** (Fallpauschalen / Zusatzentgelte) sowie für **Leistungen, die nicht mit DRGs bewertet werden können**; hierzu gehören auch besondere Einrichtungen sowie Tatbestände für Zu- und Abschläge.
- Zusätzliche **Finanzierung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** (NUBs).
- Regelungen für die nicht DRG-gebundenen Krankenhäuser.

Die DKG geht davon aus, dass ab 2009 die Voraussetzungen für landeseinheitliche Vergütungen gegeben sind.

Der ordnungspolitische Rahmen sollte im Detail wie folgt ausgestaltet sein:

Bundeseinheitliche Leistungsdefinition und -bewertung

- Die Parteien der Selbstverwaltung haben in den vergangenen Jahren ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt; die bisherige Praxis (Vereinbarung auf Grundlage der Vorarbeiten des Instituts für das neue Entgeltsystem im Krankenhaus) hat sich gut bewährt und soll beibehalten werden.
- Es ist aber weiter davon auszugehen, dass auch nach Abschluss der Konvergenzphase nicht alle stationären Leistungen im DRG-System sachgerecht abgebildet werden können und deshalb die **bestehenden Öffnungsklauseln** und Regelungen **insbesondere auch für besondere Einrichtungen fortzuführen sind**.
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind auch weiterhin zusätzlich zu finanzieren.

Vereinbarung der Landesbasisfallwerte

- Die **Basisfallwerte** sind weiterhin durch die Vertragsparteien **auf Landesebene** zu vereinbaren.
- Über eine **Veränderung zu einem Vergütungssystem mit bundeseinheitlichem Preisniveau kann erst nach Analyse im Jahr 2009** entschieden werden.
- Durch Multiplikation mit den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen werden aus den Landesbasisfallwerten **Festpreise**, auf die das Krankenhaus **Anspruch** hat.
- Die **gesetzliche Deckelung der Landesbasisfallwerte** durch die Zuwachsrate der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung **ist aufzuheben**. Allenfalls allgemeine Preis- und Kostenentwicklungen könnten sich hieran orientieren.
- **Leistungszuwächse infolge Morbidität sowie der Mehraufwand des medizinischen Fortschritts müssen zusätzlich finanziert** werden können.
- Das Gleiche gilt für **Mehrkosten von Tarifabschlüssen**, da auch diese nicht durch eine allgemeine Preisentwicklung gedeckt und durch die einzelnen Krankenhäuser weder zu beeinflussen noch über Preise (Festpreissystem) individuell zu kompensieren sind.

Krankenhausindividuelle Budgetvereinbarungen

- Das **Prinzip prospektiver Budgetvereinbarungen** über die Leistungen des Krankenhauses mit allen Kostenträgern gemeinsam ist beizubehalten.
- **Leistungen für Selbstzahler** werden **außerhalb des Budgets** erbracht.
- Die Vereinbarung des erwarteten Leistungsvolumens ist **schiedsstellenfähig**.
- **Vereinbarte Mehrleistungen bzw. Minderleistungen** sind auf der Basis der vereinbarten (Fest-)Preise zu **100 Prozent** zu vergüten.

- **Mehrerlöse** sind grundsätzlich **zu 65 Prozent** und **Mindererlöse zu 40 Prozent** gemeinsam über alle Entgeltbereiche **auszugleichen**; die bisherigen Ausnahmeregelungen in § 4 Abs. 9 KHEntg zur sachgerechten Differenzierung bestimmter Erlösbereiche sollten beibehalten werden; **abweichende Vereinbarungen sollten möglich sein**.
- Der Tatbestand „kodierbedingte Mehrerlöse“ tritt aufgrund des weiterentwickelten DRG-Systems und der Kodiererfahrung von Krankenhäusern und Krankenkassen nicht mehr auf. Ein diesbezüglicher Ausgleich ist deshalb nicht mehr sachgerecht.
- **Zu- und Abschläge** für besondere Versorgungsbereiche bzw. -situationen (Zentren und Schwerpunkte sowie Sicherstellungszuschlag) **sind weiter erforderlich**.

Vom DRG-System ausgenommene Krankenhäuser

- Die Vereinbarung von Mehrleistungen muss **schiedsstellenfähig** sein.
- **Personalkostensteigerungen** infolge außerordentlicher Tariflohnsteigerungen **müssen refinanziert werden**.
- Die **PsychPV ist beizubehalten** und die Refinanzierung der sich aus der PsychPV ergebenden Personalkostensteigerungen muss sichergestellt werden.

Wahlleistungen

- Die Berechnung **wahlärztlicher Leistungen** muss auch zukünftig **weiterhin auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** erfolgen. Die GOÄ muss dazu in regelmäßigen Abständen weiterentwickelt werden. Dies betrifft insbesondere die Aktualisierung der Leistungsverzeichnisse und die Einbeziehung von Innovationen. Auch die dringend notwendige, zuletzt im Jahr 1996 durchgeführte, Anpassung der Punktwerte an die bestehende Kostenrealität ist ebenfalls Voraussetzung für die Weitergeltung der GOÄ als Abrechnungsgrundlage wahlärztlicher Leistungen.
- Gefordert wird eine **Erweiterung der Wahlmöglichkeiten der gesetzlich krankenversicherten Patienten**. Die bereits im Gesetz vorgesehene Möglichkeiten für GKV-Patienten, die **Kostenerstattung** zu wählen **sollte flexibler werden**. Patienten sollten sich bei jedem Krankenhausaufenthalt neu hierzu entscheiden können.
- Die Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Ärzte ist weiter sicherzustellen.

Landesbasisfallwerte* der Bundesländer 2006 in Euro

| | |
|------------------------|----------|
| Baden-Württemberg | 2.814,85 |
| Bayern | 2.737,07 |
| Berlin | 2.955,00 |
| Brandenburg | 2.642,56 |
| Bremen | 2.849,57 |
| Hamburg | 2.847,39 |
| Hessen | 2.786,58 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 2.625,00 |
| Niedersachsen | 2.756,03 |
| Nordrhein-Westfalen | 2.687,23 |
| Rheinland-Pfalz | 2.956,53 |
| Saarland | 2.902,82 |
| Sachsen | 2.711,18 |
| Sachsen-Anhalt | 2.730,00 |
| Schleswig-Holstein | 2.653,10 |
| Thüringen | 2.722,50 |

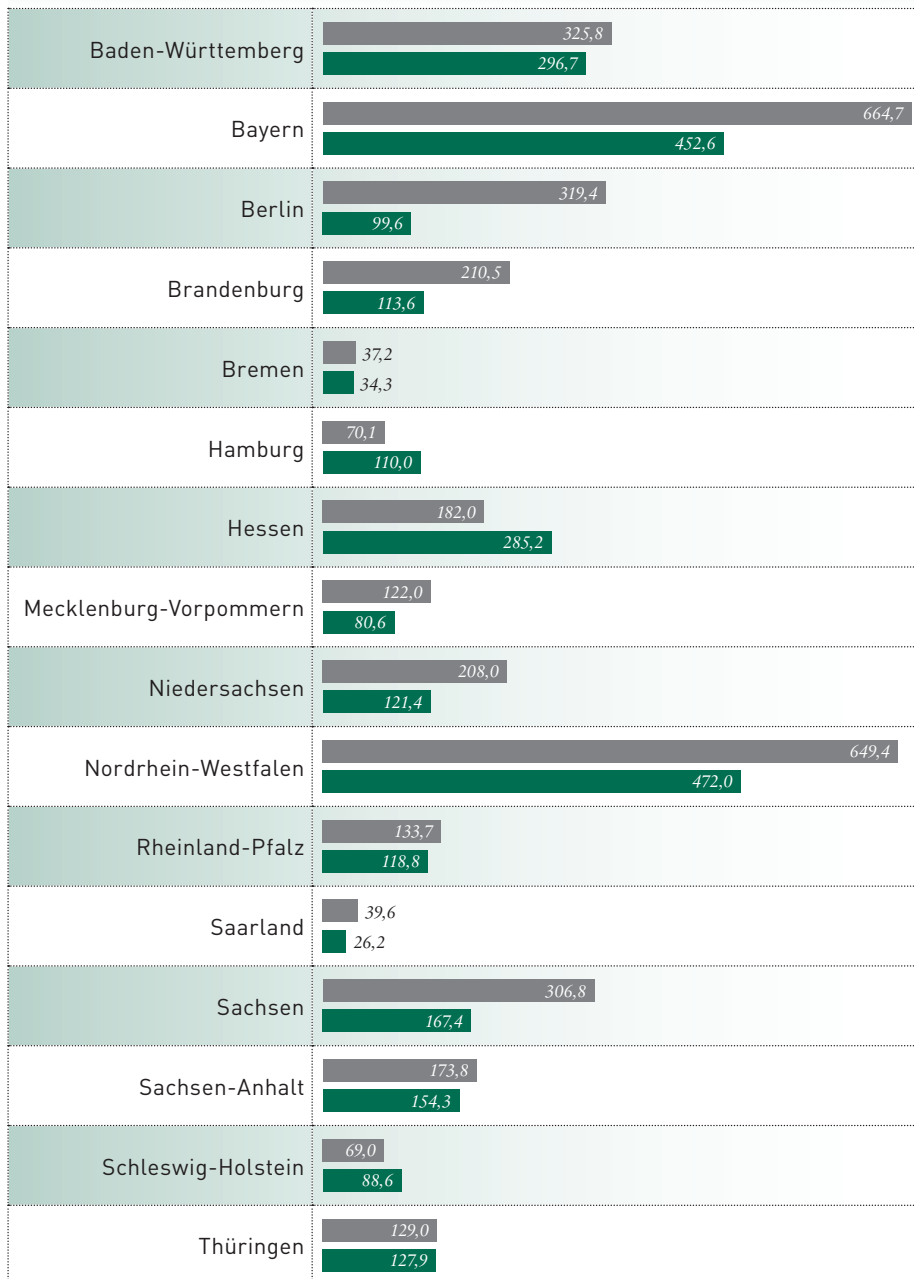
* mit Berücksichtigung der Kappungsregelung, in 2006 mit Ausgleich

2. Investitionskostenfinanzierung

Investitionen sichern Fortschritt und Modernität. Investitionen zur Verbesserung der Betriebsabläufe sind eines der zentralen Instrumente zur Senkung der laufenden Betriebskosten von Krankenhäusern. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich dafür aus, die Durchführung öffentlich geförderter Investitionsvorhaben durch einen gezielten **Abbau bürokratischer Vorgaben** zu vereinfachen. So sollte den Ländern die Möglichkeit eingeräumt werden, Investitionen nach § 9 Abs. 1 KHG (Einzelförderung) **auch über Pauschalbeträge zu fördern, mit denen die Krankenhäuser** unter Beachtung der Zweckbindung der Mittel **frei wirtschaften können**, zum Beispiel zur Finanzierung von ÖPP-Projekten.

Für die Krankenhäuser hat eine verlässliche Investitionsförderung oberste Priorität. Der Investitionsstau in den Krankenhäusern beläuft sich aktuell auf rund 50 Mrd. Euro. Der dringend gebotene **Abbau des Investitionsstaus** muss in den nächsten Jahren konsequent angegangen werden. Die Krankenhäuser verschließen sich nicht grundsätzlich einem Umstieg auf eine monistische Krankenhausfinanzierung. **Allerdings setzt ein Umstieg auf eine monistische Finanzierung den Abbau des Investitionsstaus sowie eine vollständige Überleitung der** bisher von den Bundesländern zur Investitionsförderung gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz **bereitgestellten Mittel vollständig in das GKV-System voraus.** Die Investitionskostenanteile müssten den tatsächlichen Investitionsbedarf widerspiegeln, eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleisten und im DRG-System transparent ausgewiesen werden. Darüber hinaus **müssen die Krankenhäuser zukünftig frei über die Verwendungsart und den Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel entscheiden können.** Zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen aufgrund der in der Vergangenheit sowohl innerhalb als auch zwischen den Ländern unterschiedlichen Förderbereitschaft wären geeignete Übergangslösungen erforderlich. **Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, spricht sich die DKG für die Beibehaltung der dualen Krankenhausfinanzierung aus.**

KHG-Investitionsfördermittel der Länder 1991 / 2006 in Mio Euro



Quelle: AOLG

Das Krankenhaus übernimmt als Träger von Ausbildungsstätten für eine Vielzahl von Berufen eine hohe gesellschaftliche Verantwortung. Der Bedarf an qualifiziertem Personal wird auch in Zukunft eher noch steigen. Die Krankenhäuser werden in Zukunft noch mehr als bisher über den eigenen Bedarf hinaus ausbilden müssen. **Für die Bereitstellung dieser notwendigen Ausbildungskapazitäten ist eine entsprechende Sicherstellung der Finanzierung zu gewährleisten.** Hierzu sind langfristig verlässliche Rahmenbedingungen erforderlich.

Die bisherige Erfahrung mit der praktischen Umsetzung der Vorgaben des § 17 a KHG hat ergeben, dass eine Vereinbarung über Richtwerte auf der Bundesebene unter Berücksichtigung von Abweichungstatbeständen nicht möglich ist. Die **Ermittlung von Richtwerten mit Preischarakter auf der Bundesebene wird daher abgelehnt.**

Die DKG fordert folgende Änderungen des bestehenden § 17 a KHG:

- Keine Ermittlung von Richtwerten auf der Bundesebene.
- Grundsätzliche gesetzliche Klarstellung zur umfassenden Berücksichtigung der Folgekosten des Krankenpflegegesetzes.
- Abschluss differenzierender Rahmenvereinbarungen auf der Bundesebene und ergänzende Vereinbarungen auf Landesebene in Abhängigkeit der zukünftigen gesetzlichen Regelungstiefe.
- Krankenhausindividuelle Vereinbarungen der Ausbildungsbudgets.

