



17.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(12)
vom 17.09.03**

15. Wahlperiode

**Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)**

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**“Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Modernisierungsgesetz - GMG)”**

Drucksache 15/1525 -

I. Allgemeiner Teil

Die DKG unterstützt das politische Ziel, die Qualität in der medizinischen Versorgung durch einen neuen Wettbewerbsrahmen für die Leistungserbringer zu fördern. Sie begrüßt daher das Reformvorhaben eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Grundsatz, zeigt sich jedoch enttäuscht, dass der politische Wille durch den Wortlaut des vorliegenden Gesetzentwurfes nicht konsequent umgesetzt wird.

Insbesondere die Möglichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen, mittels kollektiver Verträge die Gestaltungsfreiheit in den besonderen Versorgungsformen einzuengen, schränkt den Wettbewerb unnötig ein. Besondere Versorgungsformen müssen stets eine sektorübergreifende Versorgung zum Ziel haben. Die DKG sieht hier die Gefahr einer Wettbewerbsverzerrung durch vertragsärztliche Kollektivverträge zu Lasten der Krankenhäuser. Die ersatzweise Möglichkeit von Einzelverträgen durch die Krankenkassen ist eine Wettbewerbsverzerrung. Am Beispiel der DMP hat sich in der jüngsten Vergangenheit gezeigt, dass die Krankenkassen im vertragsärztlichen Bereich die Möglichkeit von Einzelverträgen nicht aufgreifen und stattdessen in die gewohnten kollektiven Verhandlungsrunden zurückkehren. Die DKG lehnt daher die Möglichkeit, besondere Versorgungsformen im vertragsärztlichen Bereich unter kollektivrechtlichen Bedingungen zu regeln, mit Nachdruck ab.

Ebenfalls fraglich ist die Bereitschaft der Krankenkassen, die neuen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Integrierten Versorgung auch flächendeckend zu nutzen. Der vorgesehene Weg einer Anschubfinanzierung durch alle Krankenhäuser ist daher in der vorliegenden Form nicht akzeptabel. Angesichts der höchst angespannten Finanzsituation ist ein pauschaler Liquiditätsentzug von bis zu einem Prozent der individuellen Budgets für die Mehrzahl der Krankenhäuser nicht zu verkraften, und zwar insbesondere wegen der für die Krankenhäuser völlig unzureichenden Möglichkeiten, die ihnen abgezogenen Mittel durch Leistungen zur Integrierten Versorgung wieder zu erwirtschaften. Wegen dieser drängenden Problemlage legt die DKG im besonderen Teil der Stellungnahme hierzu einen konkreten Änderungsvorschlag vor.

Die Krankenhäuser unterstützen dem Grunde nach die politischen Bestrebungen zu einer Modernisierung des Gesundheitswesens. Sie sehen sich jedoch insbesondere für das Jahr 2004 mit Belastungen konfrontiert, die in ihrer additiven Wirkung ein bedrohliches Ausmaß annehmen. Neben den zu erwartenden Verwerfungen im Rahmen der Umstellung auf eine diagnose-orientierte Pauschalvergütung sehen sich die Krankenhäuser im Jahr 2004 mit unvermeidbaren Personalkostensteigerungen infolge des EuGH-Urteils zum ärztlichen Bereitschaftsdienst konfrontiert. Mit den kürzlich veröffentlichten Veränderungsraten von 0,02% (West) und 0,71% (Ost) sind diese Belastungen auf keinen Fall zu finanzieren.

Die im Anschluss dargestellten Änderungsvorschläge sind aus Sicht der DKG im Kontext dieser Entwicklungen zu sehen. Sollen die Krankenhäuser ihren Beitrag zu einer Reform des Gesundheitswesens leisten, benötigen sie einen geeigneten Rahmen für sektorübergreifenden Wettbewerb und eine stabile finanzielle Basis. Die folgenden Änderungsvorschläge sind aus Sicht der DKG daher unverzichtbar.

II. Besonderer Teil

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nimmt im Einzelnen zu folgenden Regelungsbereichen des Gesetzentwurfes Stellung:

- **Gemeinsamer Bundesausschuss**
- **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**
- **Finanzierung der Personalkosten im Krankenhaus**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Artikel 1, Ziffer 70: § 91

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Gemeinsame Bundesausschuss erfordert eine tragfähige Finanzierungsregelung. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bestehende Ausschüsse ersetzen und weitere Aufgaben übernehmen. Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Selbstverwaltungspartner sollen durch Gesetz weitreichende Richtlinienkompetenzen erhalten. Es ist nicht zumutbar, bei dieser Aufgaben- und Verantwortungskonzentration den Selbstverwaltungspartnern gleichzeitig auch die Finanzierung aufzubürden. Eine Finanzierung durch die unmittelbar beteiligten Leistungserbringer würde die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit übersteigen und letztlich den Bestand dieser neuen Institution gefährden. Für die Finanzierung des vom Gemeinsamen Bundesausschusses zu gründenden Instituts wird mit der vorgesehenen Regelung im Gesetzentwurf der richtige Weg eingeschlagen. Eine entsprechende Regelung muss auch für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses selbst gefunden werden. Hierzu schlägt die DKG vor, die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch Einfügung eines § 91 a SGB V wie folgt zu regeln:

„Nach § 91 wird folgender § 91 a eingefügt:

§ 91 a Finanzierung

Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts nach § 139a Abs. 1 erfolgt jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden abrechnenden Krankenhausfall und auf die Vergütung für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den §§ 85 und 85a in Höhe eines entsprechenden Vomhundertsatzes. Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in die Gesamtbeträge nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Die Zuschläge auf jeden Krankenhausfall und auf die Vergütung in die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.“

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Die DKG begrüßt ausdrücklich die im Gesetzentwurf vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen in den Bereichen von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Dabei ist der im Gesetzentwurf gewählte Weg, den gesetzlichen Katalog auf die Diagnostik und Therapie von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu fokussieren, richtig und notwendig, um eine Versorgung aus einer Hand zu ermöglichen.

Ebenso begrüßt die DKG, dass den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet wird, im Rahmen von Disease-Management-Programmen und integrierten Versorgungsformen auch ambulante Leistungen vereinbaren und erbringen zu können.

Zu Artikel 1, Ziffer 116: § 140 d – Anschubfinanzierung, Bereinigung

Die Ausgestaltung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen einer Anschubfinanzierung ist für den Krankenhausbereich weder akzeptabel noch tragfähig.

Es ist unter dem Gesichtspunkt eines Wettbewerbs „mit gleich langen Spießen“ nicht vertretbar dass der vorgesehene 1%-Pauschalabzug den vertragsärztlichen und den Krankenhausbereich in einer derart gravierenden Weise unterschiedlich stark belastet. Für den vertragsärztlichen Bereich beträgt der Abzug 220 Mio. Euro, während der Krankenhausbereich unter Zugrundelegung der 1% mit 460 Mio. Euro betroffen ist. Eine Anschubfinanzierung muss in der Höhe für beide Teile gleich hoch sein.

Die DKG fordert daher, dass der für den Krankenhausbereich vorgesehene Prozentsatz von „bis zu 1%“ halbiert wird.

Eine technische Korrektur zu diesem Paragraphen bezieht sich auf die vorgesehene Rückzahlung bei nicht Ausschöpfen der Mittel. Der Rückzahlungszeitraum ist bei weitem zu lang. Die DKG schlägt nachdrücklich vor, zu einem Jahresrhythmus zu kommen. Des weiteren ist es notwendig, ein objektives Nachweisverfahren einzuführen, da es letztlich um die Verwendung von Mitteln geht, die dem Leistungserbringerbereich zuvor abgezogen worden sind.

Auf nachdrückliche Ablehnung stoßen die vorgesehenen Bedingungen, unter denen der Krankenhausbereich finanzielle Mittel aus der Anschubfinanzierung in Anspruch nehmen kann:

Die Leistungen, die das Krankenhaus bisher im Budget vergütet bekommen hat und nunmehr in der Integrationsversorgung erbracht werden, sollen zwar aus den Mitteln der Anschubfinanzierung vergütet werden. Allerdings ist die Vergütung des Krankenhauses in der integrierten Versorgung um entsprechende Budgetbestandteile zu kürzen. Das bedeutet de facto,

- einen doppelten Abzug bei der Vergütung von Krankenhäusern, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, und zwar infolge der pauschalen Kürzung der Krankenhausrechnungen um bis zu 1% und der weiteren Kürzung der Vergütungen in der Integrationsversorgung.
- dass das Krankenhaus aus der Anschubfinanzierung nur dann Zahlungen in der Integrationsversorgung erhalten kann, soweit Leistungen erbracht werden, die das Krankenhaus bislang nicht bereits über das Krankenhausbudget vergütet bekommen hat.
- dass bisherige Krankenhausleistungen lediglich umgewidmet werden, ohne jedoch dem wettbewerblichen Mechanismus der einzelvertraglichen Vereinbarung in der Integrationsversorgung unterstellt zu werden.

Der Abschluss von Einzelverträgen unter Wettbewerbsbedingungen und die dafür vorgesehene Anschubfinanzierung erfordern aber, dass Krankenhäuser grds. alle in der Integrationsversorgung vereinbarten Leistungen aus den dafür bereitgestellten Mitteln vergütet bekommen können. Dies wird allerdings durch § 140 d Absatz 4 des Gesetzentwurfs verhindert, weil danach die aus dem Krankenhausbudget in die Integrationsversorgung abfließenden Leistungen nicht in der Integrationsversorgung selbst vergütet werden. Darüber hinaus tritt die beabsichtigte Wirkung einer Anschubfinanzierung bei teilnehmenden Krankenhäusern erst bei der Erbringung von Leistungen ein, die über den im Krankenhausbudget des Vorjahres vereinbarten Leistungen liegen, d.h. zusätzlich erbracht werden. Folglich wird mit der beabsichtigten Regelung nicht der Anreiz gesetzt, die bisherigen Leistungen patientengerechter, qualitativ besser und wirtschaftlicher in der Integrationsversorgung zu erbringen. Schließlich erfolgt bei den an der Integrationsversorgung teilnehmenden Krankenhäusern ein doppelter Budgetabzug dadurch, dass ihr Budget um 1 % pauschal gekürzt wird und sie sich die Vergütung der Leistungen, die sie zukünftig in der Integrationsversorgung erbringen, auf die dort vereinbarte Vergütung mindernd anrechnen lassen müssen.

Anders im vertragsärztlichen Bereich. Dort soll lediglich die Pauschalkürzung in Höhe von 1 % der ärztlichen Gesamtvergütung erfolgen. Nimmt ein Vertragsarzt an der Integrationsversorgung teil, werden alle von ihm in diesem Rahmen erbrachten Leistungen aus der Anschubfinanzierung vollständig und ungekürzt vergütet. Da die Leistungen, die im Rahmen der Integrationsversorgung erbracht werden, bei der Berechnung der Vergütungshöhe der übrigen Leistungen keine Rolle mehr spielen, wird der sog. Punktwertverfall für die Vertragsärzte abgebremst.

Die Vertragsärzte erhalten damit - anders als an der integrierten Versorgung teilnehmende Krankenhäuser - innerhalb der integrierten Versorgung stets mindestens(!) 100 % der Vergütung. Insgesamt betrachtet erhalten die Vertragsärzte immer dann eine höhere Vergütungssumme im Vergleich zum Status Quo, wenn mindestens 1% der Leistungsmenge in die integrierte Versorgung überführt wird und die durchschnittliche Vergütung in der Integrationsversorgung im Vergleich zum Status Quo nicht sinkt. Erst wenn der „Sondertopf“ innerhalb der Jahre 2004 bis 2006 aufgebraucht sein sollte, soll die ärztliche Gesamtvergütung entsprechend um den überschüssigen Anteil bereinigt werden.

Um die gewünschte Wirkung einer Anschubfinanzierung zu erzielen und die aufgezeigte Gerechtigkeitslücke zu schließen, ist das Krankenhausbudget bei Teilnahme an der integrierten Versorgung um die Leistungen zu bereinigen, die das Krankenhaus bislang über das Budget vergütet bekommen hat und zukünftig in der Integrationsversorgung erbringt. Dabei sind bei der Budgetbereinigung die bereits pauschal einbehaltenen Mittel anzurechnen. Sämtliche Leistungen des Krankenhauses in der integrierten Versorgung müssen dann unmittelbar aus den hierfür zur Verfügung gestellten Mitteln finanziert werden.

Die Bereinigung der Krankenhausbudgets zur Vermeidung von Doppelzahlungen wurde bereits in der Rahmenempfehlung nach § 140e SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG vorgesehen. Dieses Verfahren hat sich in der Umsetzung bewährt und ist zukünftig fortzuführen. Daher ist § 140d Abs. 4 SGB V im Gesetzentwurf ersatzlos zu streichen und auf die bestehenden Budgetbereinigungsregelungen im KHEntgG und in der BPfIV zurückzugreifen. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen vermeiden eine Doppelfinanzierung und können Interessenten weitere Anreize zur Teilnahme an der integrierten Versorgung gewähren.

Die DKG schlägt daher zur Ausgestaltung der Anschubfinanzierung folgende Änderung des § 140 d des Gesetzentwurfes vor:

„Ziffer 116: § 140d wird wie folgt gefasst:

§ 140 d
Anschubfinanzierung, Bereinigung

(1) Zur Förderung der integrierten Versorgung werden Mittel zu insgesamt gleichen finanziellen Anteilen von der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 2 und den Krankenhäusern einbehalten; dazu hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtende Gesamtvergütung sowie bis zu 0,5 vom Hundert von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140 c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Die nicht für die Zwecke nach Satz 1 verwendeten Mittel sind jährlich an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuführen. Die Mittelverwendung ist durch eine von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestätigte Aufstellung nachzuweisen. Nähere Einzelheiten kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates regeln.

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) Streichung“

Artikel 14
Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Ziffer 1 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

a) Satz 2 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden. Bei den § 140a zu berücksichtigenden Leistungen ist in den Jahren 2004 bis 2006 der nach § 140 d Abs. 1 SGB V erfolgte Pauschalabzug anzurechnen.“

Artikel 15
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

„Ziffer 1 § 3 Abs.3 Satz 3 Nr. 1 Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a unter Anrechnung des nach § 140 d Absatz 1 SGB V erfolgten Pauschalabzugs oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden.

Ziffer 2 § 4 Abs.2 Nr. 1 Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a unter Anrechnung des nach § 140 d Absatz 1 SGB V erfolgten Pauschalabzugs oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden.

Finanzierung der Personalkosten im Krankenhaus

Zu Artikel 14: Änderung der BPfIV - § 6 Abs. 1 Nr. 8 und Abs. 5

Zu Artikel 15: Änderung des KHEntgG - § 4 Abs. 13 u. 14, § 10 Abs. 7

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzentwurf Regelungen zur Finanzierung personeller Mehrkosten infolge der Abschaffung der AiP-Phase und zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts vorsieht.

Mit der Entscheidung des EuGH vom 9. September 2003 steht nunmehr fest, dass der Bereitschaftsdienst des Personals in deutschen Krankenhäusern in vollem Umfang als Arbeitszeit anerkannt werden muss. Infolge dieses Urteils ist die notwendige Änderung des Arbeitszeitgesetzes bereits als Änderungsantrag zum Entwurf eines Gesetzes zu Reformen am Arbeitsmarkt in das parlamentarische Verfahren eingebracht worden.

Die Folgen des Urteils sind für die Krankenhäuser gravierend, da in erheblichem Umfang zusätzliches Personal eingestellt werden muss. Unter den Bedingungen gedeckelter Budgets und steigender Patientenzahlen können die Krankenhäuser die damit verbundenen Mehrkosten nicht schultern.

Sollten zudem die Vorstellungen der Bundesregierung zur Modifizierung des Arbeitszeitgesetzes in der vorliegenden Ausgestaltung verabschiedet werden, ist mit unkalkulierbaren Mehrkosten zu rechnen.

Die DKG hatte bereits im Juli gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ein Gutachten in Auftrag gegeben, das prüfen soll, ob und in wie weit ausgewählte innovative Arbeitszeitmodelle mit dem EuGH-Urteil vereinbar sind. Zudem sollen in der Analyse die Finanzierungsfolgen für die künftigen Modelle noch genauer als bisher aufgezeigt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung liegen im Januar 2004 vor.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene stufenweise Finanzierung in den Jahren 2003 bis 2004 ist ein positiver Ansatz. Das Volumen und die Zeitfolge dieser Stufenfinanzierung sind jedoch nicht ausreichend. Die Krankenhäuser müssen die Folgen des EuGH-Urteils unmittelbar nach der Modifizierung des Arbeitszeitgesetzes umsetzen. Hierfür reichen die im Jahr 2004 maximal erzielbaren 200 Mio. Euro nicht.

Die vorgesehene Verknüpfung, dass die zusätzlichen Beträge zur Verbesserung der Arbeitszeit nur dann vereinbart werden können, wenn schriftliche Vereinbarungen mit der Arbeitnehmervertretung des Krankenhauses vorliegen, ist nicht akzeptabel (§ 6 Abs. 5 BPfIV und § 4 Abs. 13 KHEntgG). Eine solche Verknüpfung ist völlig sachfremd, da die Einstellung zusätzlichen Personals zur Einhaltung des Arbeitszeitrechts infolge der EuGH-Rechtsprechung zwingend wird und nicht von Vereinbarungen mit der Arbeitnehmervertretung abhängt.



17.09.2003

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

**zum Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr.
Heinrich L. Kolb, Daniel Bahr, weiterer Abgeordneter und der
Fraktion der FDP „Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“**

- Drucksache 15/1526 vom 08.09.2003 -

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG – Bundestags-Drucksache 15/1525) eine schriftliche Stellungnahme vorgelegt. Auf dieser Grundlage nimmt sie zu folgenden Punkten des Antrags der FDP-Bundestagsfraktion „Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“ ergänzend Stellung:

- GKV-Finanzierung
- Gegenfinanzierung neuer Leistungsansprüche
- Bürokratieabbau
- Abschaffung der Budgets
- Freiberuflichkeit

GKV-Finanzierung (Nr. 1, 3, 6, 12)

In der Vergangenheit wurden andere Sozialversicherungszweige und der Bundeshaushalt immer wieder auf Kosten der GKV entlastet. Ein Großteil der Beitragssatzsteigerungen der letzten Jahre ist darauf zurückzuführen. Die DKG begrüßt daher das unter Punkt 1 formulierte Ziel der FDP-Bundestagsfraktion, die Verschiebepahnhöfe im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu beenden. Sie unterstützt ebenfalls das Bestreben, versicherungsfremde Leistungen künftig aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren (Punkt 6). Sie vermisst jedoch konkrete Aussagen darüber, welche Leistungen aus Sicht der FDP-Bundestagsfraktion darunter zu verstehen sind, die über die bereits im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene Umfinanzierung hinausgehen.

Anstelle einer Stabilisierung des Arbeitgeberanteils zur GKV auf 6,5% (Punkt 3) ist aus Sicht der DKG dringend eine nachhaltige Reform der gesamten Finanzierungsbasis der GKV erforderlich, die diese unabhängiger von Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und der Alterung der Bevölkerung macht. Die DKG fordert deshalb entweder die Entscheidung für eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage durch Einbeziehung von Einkommen aus Vermögen und Vermietung oder für ein Gesundheitsprämienmodell.

Gegenfinanzierung neuer Leistungsansprüche (Nr. 4)

Die FDP-Bundestagsfraktion fordert, bei Aufnahme neuer Leistungsansprüche in den GKV-Leistungskatalog dort zur Gegenfinanzierung andere Leistungsansprüche zu reduzieren. Diese Forderung steht in Widerspruch zum Ziel einer solidarischen und bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung. Sie würde außerdem zu einer Konkurrenz zwischen länger eingeführten und bewährten Gesundheitsleistungen und neuen Diagnose- und Therapiemethoden führen und damit die Entwicklung medizinischer Innovationen gefährden. Die DKG lehnt diese Forderung daher ab.

Bürokratieabbau (Nr. 7)

Die DKG begrüßt das Anliegen der FDP-Bundestagsfraktion, das Sozialgesetzbuch V hinsichtlich des Abbaus bürokratischer Überregulierungen zu überprüfen. Aus Sicht der DKG wird die effiziente Erbringung medizinischer Leistungen durch zahlreiche bürokratische Vorgaben behindert. Insbesondere der ärztliche Dokumentationsaufwand hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. So zeigt eine unlängst veröffentlichte, repräsentative Studie des Deutschen Krankenhausinstituts, dass sich der tägliche Dokumentationsaufwand je Arzt in der Chirurgie und in der Inneren Medizin auf jeweils rund drei Stunden beläuft. Dokumentationsstätigkeiten nehmen damit einen erheblichen Anteil der täglichen Arbeitszeit der Ärzte in Anspruch, der für patientennahe Arbeiten nicht mehr zur Verfügung steht.

Angesichts der zunehmend problematischen Personalsituation in den Krankenhäusern ist dringend eine Entlastung der Krankenhausärzte von patientenfernen/artzfremden Tätigkeiten anzustreben. Die DKG unterstützt deshalb jeden Versuch, das Sozialgesetzbuch V und seine Folgegesetze und –verordnungen entsprechend zu überprüfen und bürokratische Überregulierung abzubauen. Die DKG hat deshalb auch eine Übersicht über Vorschriften zusammengestellt, bei denen aus ihrer Sicht bürokratischer Aufwand und Nutzen in einem so eklatanten Missverhältnis stehen, dass ihr Wegfall angestrebt werden sollte. Sie ist gern bereit, diese Übersicht zu übermitteln.

Abschaffung der Budgets (Nr. 10)

Die DKG begrüßt die Forderung nach Abschaffung der Budgets bzw. nach leistungsgerechten Vergütungssystemen mit festen Preisen. Budgets sind leistungsfeindliche Rationierungsinstrumente und als solche für ein Wettbewerbssystem nicht geeignet. Die DKG spricht sich stattdessen für den Qualitätswettbewerb bei festen leistungsgerechten Preisen aus. Insbesondere darf das DRG-System nicht als Budgetverteilungsinstrument missbraucht werden.

Die DKG regt an, den Antrag durch ein konkretes Konzept für eine leistungsgerechte Finanzierung stationärer Leistungen jenseits von Budgets zu ergänzen.

Freiberuflichkeit (Nr. 14)

Die DKG stellt sich dem Wettbewerb. Sie weist jedoch jede Bevorzugung einer Organisationsform zurück. Die vorteilhafte Form einer Versorgung muss sich im Wettbewerb behaupten; die Organisationsform des Dienstleisters ist hierbei zweitrangig.

Es muss möglich sein, die eigene Kompetenz in den Wettbewerb um die beste Versorgung einzubringen. Krankenhäuser wollen ihre Medizin- und Managementkompetenz auch in den Wettbewerb um die beste ambulante Versorgung einbringen können. Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen ist daher eine Grundvoraussetzung für eine Stärkung des Wettbewerbes unter den Leistungserbringern.