



Verband der  
Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e. V.

# Positionen und Stellungnahmen des VKD



# Grundlegende Veränderungen sind unabwendbar

POSITIONEN DES VKD FÜR DIE GESTALTUNG DES GESUNDHEITSWESENS UND HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE GESTALTUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT DEUTSCHLANDS, ERFAHRUNGEN AUS DER COVID-19-PANDEMIE

**Deutschlands Gesundheitswesen, Deutschlands Krankenhäuser haben sich in der Corona-Pandemie als stabil, leistungsstark und flexibel erwiesen. Sie waren und sind der sichere Anker der Versorgung für an dem neuartigen Virus erkrankte Menschen. Vor allem die flächendeckende stationäre Versorgung, die schnelle Reaktion der Kliniken auf die Anforderungen der Politik und das hohe Engagement der Pflegenden, Ärzte, aber auch der anderen Mitarbeiter waren der sichere Anker für die Bevölkerung, im Erkrankungsfall die notwendige und schnelle Hilfe zu erhalten. Diese wichtige Infrastruktur hielt!**

Die Krise zeigt aber auch wie unter einem Vergrößerungsglas die Schwachstellen unseres Systems, die zwingende Notwendigkeit, nun endlich Veränderungen in die Wege zu leiten, die schon längst hätten in Angriff genommen werden müssen.

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands hat auf der Basis seiner Positionen, immer wieder geforderten Veränderungen und Anpassungen sowie den Lehren, die aus der Pandemie vor allem für die Gestaltung der Kliniklandschaft zu ziehen sind, wichtige Punkte zusammengefasst, die im Folgenden erläutert werden:

**Flächendeckende Gesundheitsversorgung als wesentliche Infrastruktur für die Bevölkerung anerkennen, erhalten, sinnvolle Strukturveränderungen gemeinsam mit allen Beteiligten gestalten**

Die Corona-Pandemie hat sehr deutlich gezeigt, dass eine flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern nicht aufgegeben werden darf. Das hat nun auch die Bundesregierung erkannt und im Konjunkturpaket (Punkt 51) festgestellt:

*„Die Patientenversorgung in Krankenhäusern spielt für die Bewältigung der Corona-Pandemie eine große Rolle. Deshalb ist eine modernere und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser in Deutschland absolut notwendig. Deshalb wird ein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ aufgelegt, aus dem notwendige Investitionen gefördert werden, sowohl moderne Notfallkapazitäten (räumlich wie in der investiven Ausstattung), als auch eine bessere digitale Infrastruktur der Häuser zur besseren (internen und auch sektorenübergreifenden) Versorgung, Ablauforganisation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik, Hightechmedizin und Dokumentation. Ferner sollen Investitionen in die IT- und Cybersicherheit des Gesundheitswesens, die gerade in Krisenlagen noch bedeutsamer ist, und Investitionen in die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, sowohl für den Normalbetrieb wie für Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abgestimmt, zum effizienten Ressourceneinsatz aus dem Programm unterstützt werden.“*



## Grundlegende Veränderungen sind unabwendbar

Diese flächendeckende Struktur hat der Bevölkerung in den vergangenen Monaten Sicherheit gegeben – und gibt ihr Sicherheit auch in ganz normalen Zeiten.

Aber das Dilemma der aufgeschobenen Operationen und Behandlungen als Folge der Pandemie zeigte auch, dass die Möglichkeit bestehen muss, Patienten, die wegen einer Pandemie oder einer Katastrophe zusätzlich zum normalen Versorgungsgeschehen aufgenommen und gegebenenfalls auch intensivmedizinisch behandelt werden müssen, mit dafür speziell vorgehaltenen Kapazitäten behandelt werden sollten – eine Struktur, die bis dato nicht vorhanden war. Diese Kapazitäten, die in der Pandemie neu aufgebaut oder reaktiviert wurden, müssen verstetigt und das dafür notwendige Personal muss entsprechend fortgebildet werden. Solche schnell aktivierbaren Strukturen entlasten die Kliniken und verhindern, dass die normale Patientenversorgung leidet. Gleichzeitig ist eine sichere Trennung der Patientengruppen deutlich besser möglich. Das ist eine wichtige Erfahrung aus der Pandemie, die zeigt, dass zusätzliche stationäre – und auch ambulante Strukturen – aufgebaut werden müssen.

Eine flächendeckende Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich nichts statisches, sondern muss an sich ändernde Anforderungen angepasst werden.

Der VKD spricht sich daher für sinnvolle Strukturveränderungen aus, die unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsnotwendigkeiten geplant, begleitet und finanziert werden müssen. Hier haben die Planungsbehörden der Bundesländer in Zusammenarbeit mit den Krankenhausträgern und Krankenkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen eine wesentliche Aufgabe zu erfüllen.

Die neuen Bundesländer haben durch ein Milliardenprogramm über zwei Jahrzehnte eine deutliche Strukturkonzentration erreicht. Wer also Strukturen verändern will, muss mehr investieren.

Der bestehende Strukturfonds muss daher deutlich aufgestockt und zeitlich verlängert werden. Das Konjunkturpaket ist hier ein Anfang, ein erster Schritt.

Abgelehnt werden vom VKD alle Versuche, Strukturveränderungen durch Pleiten auf die „kalte Art“ erreichen zu wollen, die auf den Abbau von für die Bevölkerung wichtigen Abteilungen, den Ausschluss aus der Notfallversorgung oder auf Aktionen des MDK/der Krankenkassen, die Kliniken in die Insolvenz treiben, basieren.

Die Verbesserung qualitativer Standards findet beim Krankenhausmanagement immer Zustimmung. Die Ausnutzung einer „Qualitätsoffensive“ mit dem Ziel einer Mengenbegrenzung von bestimmten Behandlungen im Rahmen der Krankenhaus- bzw. Versorgungsplanung (planungsrelevante Qualitätsindikatoren) wird abgelehnt.

### **Versorgungsplanung statt Krankenhausplanung in Verantwortung der Länder, Flexibilität durch stärkere Regionalisierung ermöglichen, Krankenhäuser als Anker der Versorgung zu Versorgungszentren ausbauen und stabilisieren**

Die Verantwortung der Länder für die Krankenhausversorgung ist überaus sinnvoll, darf nicht angetastet, sondern sollte, im Gegenteil, auch auf die ambulante Versorgung ausgeweitet werden. Auch das hat uns die Pandemie erneut drastisch vor Augen geführt. Wie hätte eine ausschließlich zentrale Steuerung ausgesehen? Die föderale Verantwortung für die Gesundheitsversorgung sollte daher erweitert werden.

Grundsätzlich geht es hier um die Bedeutung und um den Sinn des zentralen Prinzips der Subsidiarität. Die Verlagerung von immer mehr Kompetenzen politischen Handelns auf die jeweils höheren Ebenen ist kontraproduktiv, wenn sich die Bedingungen in den einzelnen Bundesländern – wie



auch bei Corona – zum Teil grundlegend unterschiedlich darstellen. Beim Prinzip der Subsidiarität geht es ja darum, dass Aufgaben nur dann an höhere Instanzen verlagert werden, wenn sie auf einer darunter liegenden Ebene nicht gelöst werden können.

Die Corona-Krise hat das deutlich bewiesen. Und das gilt auch für die Zeit danach erneut. In Berlin kann kaum sinnvoll entschieden werden, was vor Ort an Gesundheitsversorgung konkret notwendig ist – zumal sich dieser Bedarf der Bevölkerung auch immer wieder ändert und darauf flexibel reagiert werden sollte. Dazu haben sich in einem Gutachten auch die Gesundheitsweisen bereits geäußert. Sie machten außerdem den sinnvollen, leider nicht umgesetzten Vorschlag, Regionalkonferenzen aller Beteiligten in die Landesplanungen zwingend einzubeziehen.

Zwischen ambulanter Versorgung im niedergelassenen Bereich und stationärer Versorgung im Krankenhausbereich ist derzeit noch regelmäßig die Behandlungskette unterbrochen. Diese sektorale Struktur führt zu Informationsverlusten, Wartezeiten, damit zu höheren Kosten und gefährdet die Behandlungsqualität. Ein wichtiger Schritt hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung wäre durch die ganzheitliche Versorgungsplanung systemisch möglich. Hierbei wäre die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung durch die Krankenhäuser aus Sicht des VKD ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Ein wesentlicher Grund für die gemeinsame Planung ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung durch die Länder ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ganz offensichtlich längst nicht mehr in der Lage sind, den ihnen übertragenen Versorgungsauftrag für die ambulante Versorgung überall und in allen Fachrichtungen sowie auch für die Notfallversorgung umzusetzen. Die Krankenhäuser übernehmen mehr und mehr deren Aufgaben, ohne jedoch dafür wirklich zuständig zu sein (und daher auch nicht adäquat für ihre

Leistungen vergütet zu werden). Die Bundesärztekammer veröffentlichte in ihrer aktuellen Ärztetätigkeitsstatistik Zahlen, die leichte Zuwächse zeigen. Ja, die Zahl der nicht in der medizinischen Versorgung tätigen Ärzte ist sogar um sechs Prozent gestiegen. Aber die Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden, in denen Patientinnen und Patienten ambulant versorgt werden, ist nicht gestiegen. Immer mehr junge Mediziner wollen zudem angestellt tätig sein.

### **Krankenhausfinanzierung neu justieren, DRG-System grundlegend überarbeiten, Investitionsfinanzierung neu aufstellen**

Der VKD fordert seit einigen Jahren, das DRG-System grundlegend zu überarbeiten. Inzwischen sind auch andere Verbände, Experten und Politiker dieser Ansicht. Es zeigt sich immer deutlicher, dass dieses System vor allem kleinere Häuser der Regelversorgung und Hochleistungskliniken erheblich benachteiligt. Dass immer mehr Krankenhäuser Insolvenz anmelden und Experten überdies eine erhebliche Steigerung von Insolvenzen in den kommenden Jahren voraussagen, ist nicht auf schlechtes Wirtschaften, sondern auf die finanziellen Rahmenbedingungen zurückzuführen.

Die zweite Säule der Krankenhausfinanzierung – die Investitionsfinanzierung als gesetzlich geregelte Pflicht der Bundesländer – wackelt ebenfalls seit Jahren erheblich. Auch hier muss ein Umsteuern erfolgen. Dem hat sich die Bundespolitik bisher entzogen.

Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser beträgt jährlich 3,7 Milliarden Euro. Benötigt werden 6,5 Milliarden Euro, von den dafür zuständigen Ländern kommen nur 2,8 Milliarden Euro. Ein Zustand, der lange bekannt ist, von allen Beteiligten eingeräumt wird, aber unverändert fortbesteht. Hier muss Gesetzestreue einziehen. Die Regelinvestitionen sind deutlich auf über sechs Milliarden Euro im Jahr zu erhöhen. Gleichzeitig müssen die Krankenkassen sich wieder – wie bis Anfang der



## Grundlegende Veränderungen sind unabwendbar

1990er Jahre – an den Instandhaltungsinvestitionen beteiligen. Ein Zuschlag auf jede Fallpauschale von fünf Prozent würde dazu beitragen, ein angemessenes Investitionsniveau zu erreichen und Instandhaltungstaus abzubauen.

Aus Sicht des VKD muss auch der Bund einen Teil der dringend benötigten Zahlungen übernehmen – Beispiel neue Bundesländer nach 1989.

Der VKD stimmt mit den Empfehlungen des Deutschen Ethikrates überein, wonach das leitende normative Prinzip der Gesundheitsversorgung wieder das Patientenwohl sein muss. Die vom VKD seit langem geforderte und dafür erforderliche Neugestaltung der Finanzierungssysteme (Betriebs- und Investitionsfinanzierung) muss dafür sorgen, dass die Ökonomie der Patientenversorgung dient und nicht umgekehrt.

Die Finanzierungssysteme sind so auszugestalten, dass die Versorgung im stationären wie auch sektorübergreifend im ambulanten Bereich als Teil der

gesamten Patientenversorgung gesehen und im Vergütungssystem berücksichtigt wird, einschließlich des organisatorischen Aufwands.

Derzeit ist das Vergütungssystem für die Krankenhäuser – das DRG-System mit den Bewertungsrelationen und dem Landesbasisfallwert – so ausgestaltet, dass die Vergütungsentwicklung die Kostenentwicklung grundsätzlich nicht widerspiegelt. Damit entsteht ein nie endender Rationalisierungsdruck für die Krankenhäuser mit allen negativen Auswirkungen, u. a. auch auf die Personalausstattung. Das führt zur wirtschaftlichen Auszehrung der Krankenhäuser und muss verändert werden.

Die Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung muss zudem mittelfristig zu einer Finanzierung der Gesundheitsversorgung aus einem Guss entwickelt werden, um die Krankenhäuser zu Versorgungszentren entwickeln und Versorgungsketten sinnvoll gestalten zu können.



Die Krankenhaufinanzierung muss neu justiert, das DRG-System grundlegend überarbeitet werden.  
Symbolfoto: photocrew – stock.adobe.com



Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat hier eine entscheidende Aufgabe, da sie für die Gestaltung des Vergütungssystems der Krankenhäuser sowie die Sicherung der Qualität im stationären Bereich zuständig ist. Die Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu einem sektorenübergreifenden System kann aber nicht nur ihre alleinige Aufgabe sein. Die Politik sollte hier einen Rahmen setzen, der dann von allen Beteiligten, einschließlich der Länder, gefüllt wird.

Eingriffe der Politik in das DRG-System sollten dagegen vermieden werden. Ein ungutes Beispiel ist die vorgesehene Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs, die politisch festgelegt wurde und nun – trotz der Warnungen und Vorbehalte aus der Praxis – umgesetzt wird.

Ein Neustart zunächst des DRG-Systems mit der Öffnungsoption für sektorenübergreifende Leistungen wäre aus Sicht des VKD sinnvoll.

### **Selbstverwaltung stärken, faire Stimmenverteilung sichern**

Der VKD sieht die Selbstverwaltung als unverzichtbar für die Gestaltung des Gesundheitswesens an, da hier diejenigen entscheiden, die grundsätzlich selbst involviert sind und frei von parteipolitischen Zwängen lösungsorientiert entscheiden (sollten). Auch im Koalitionsvertrag wird auf die Stärkung der Selbstverwaltung verwiesen. Versuche, die dies ändern wollen, müssen gemeinsam abgewehrt werden. Das hindert die Akteure nicht an konstruktivem Dialog mit der Politik.

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen unter Beteiligung von Krankenkassen, Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenhäusern und Patientenvertretungen ist durch eine faire Stimmenverteilung in eine Selbstverwaltung zurückzuführen, die die Interessen aller Seiten widerspiegelt, und so zu stärken.

Dazu gehört, dass die überbordende Regelungs- und Machtfülle des Gemeinsamen Bundesausschusses als oberstes Gremium der Selbstverwaltung auf den Prüfstand gestellt wird.

Die Selbstverwaltung hat in den vergangenen Jahren – trotz aller sicher berechtigten Vorbehalte auch des VKD an vielen Entscheidungen des G-BA – am Bestand einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung einen großen Anteil. Wenn auch die Krankenkassen hier häufig diese Struktur in Frage stellen.

Zahlreiche Aktionen der Krankenkassen, maßgeblich ihres Spitzenverbandes, die nicht einer besseren Patientenversorgung, sondern vor allem den Kassen der Krankenkassen gedient haben, schaden am Ende der Selbstverwaltung insgesamt, da die Politik sich dann zum Eingreifen bemüht sah. Durch die für Krankenhäuser und Patienten negativen Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die sich nicht an den Versorgungsrealitäten orientierten, sondern an den Wünschen der Krankenkassen (Beispiel: Finanzierung von Innovationen) haben nicht nur die Politik zum Eingreifen animiert, sondern auch zu sinnlosen bürokratischen Regelungen für die Krankenhäuser geführt.

Daher steht für den VKD die demokratische Legitimation des G-BA schon längere Zeit in Frage. Wesentliche Entscheidungen über medizinisch sinnvolle Leistungen, etwa zur Krebstherapie, sollten nicht einer Übermacht der Krankenkassen im G-BA überlassen bleiben. Hier fordert der VKD eine neue Struktur, die auch den wesentlichen Leistungsträgern des Systems, insbesondere den Krankenhäusern, mehr Mitspracherechte gibt. Ansonsten verliert dieses Gremium immer mehr von seiner Legitimation in der Praxis.

Wenn die Selbstverwaltung eine stärkere politische Einmischung vermeiden will, muss sie sich endlich bewegen und ihre Strukturen, Organisation und Verfahren verantwortlich im Sinne ihrer



## Grundlegende Veränderungen sind unabwendbar

eigentlichen Aufgabe verändern, nämlich der Gestaltung der Gesundheitsversorgung im Sinne der Patienten.

### **Digitalisierung ist zentrales Zukunftsthema für die Gesundheitsbranche, Digitalisierung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe umsetzen – Masterplan, Finanzierung, schnelle Einbindung regionaler Strukturen**

Die Digitalisierung der Gesundheitsbranche ist ein zentrales Zukunftsthema. Auch dies hat die Corona-Pandemie wieder gezeigt, indem sie drastisch die riesigen Lücken auf diesem Gebiet offenlegte. Der VKD fordert hier bereits seit Jahren einen Masterplan Digitalisierung für die Gesundheitsbranche als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die einen erheblichen finanziellen und organisatorischen Kraftakt erfordert. Dieser ist zwingend notwendig, weil damit viele Herausforderungen, vor denen wir heute in unserer Branche stehen, im Sinne der Patienten gelöst werden können.

Der Masterplan zur Digitalisierung des Gesundheitswesens sollte zeitliche Umsetzungsschritte definieren, Leistungsträger, Patienten, aber auch die Industrie beteiligen, die Prozesse transparent gestalten und mit der notwendigen Finanzierung absichern. Damit hätten wir eine in ihrer Gesamtheit stimmige Lösung.

Der Blick auf die Krankenhäuser zeigt nach wie vor und trotz einzelner Leuchttürme erhebliche Defizite in deren IT-Infrastruktur und an einem schnellen Internet. Daran scheitert zum Beispiel vielfach die Vernetzung der Kliniken mit weiteren Akteuren des Gesundheitswesens, wie sie in anderen Ländern bereits gang und gäbe ist. Deutschland liegt hier im Vergleich mit anderen europäischen Ländern gerade einmal im Mittelfeld. Auch die zwei E-Health-Gesetze der Bundesregierung haben dabei keine Lösung gebracht, zumal sie wesentlich auf den niedergelassenen Bereich fokussieren – was der VKD deutlich kritisiert hat.

Bezogen auf die deutschen Krankenhäuser wären IT-Investitionen in Höhe von elf Milliarden Euro, verteilt über sieben Jahre, notwendig. Das zukunftssichere Krankenhaus ist digital, sonst kann es seine wichtigen Aufgaben in Zukunft nicht mehr erfüllen. Diese Erkenntnis ist nicht neu, es fehlt aber nach wie vor an einer mutigen und geplanten Steuerung und Umsetzung. Schaufensterreden helfen hier nicht weiter.

### **Notfallversorgung in die Verantwortung der Krankenhäuser und gerecht finanziert**

Die Bürger haben überall in Deutschland ein Anrecht auf eine funktionierende Notfallversorgung. Der VKD fordert daher, die flächendeckende Notfallversorgung zu erhalten und sie als Teil der Gesundheitsversorgung in die Landesplanung mit aufzunehmen. Aus Sicht des VKD haben darüber weder die Bundespolitik noch die Krankenkassen zu entscheiden. Die verantwortliche Umsetzung muss den Krankenhäusern übertragen werden, die ihre Leistungen dafür direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Nur so ist nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre und vor allem auch nach der Corona-Krise auch für die Zukunft eine sichere Notfallversorgung tatsächlich gewährleistet.

Die Einbeziehung niedergelassener Ärzte sowie der Rettungsdienste muss entsprechend verbindlich geregelt werden. Zu prüfen wäre, ob es eine gesetzliche Verpflichtung für niedergelassene Ärzte zur Beteiligung an der ambulanten Notfallversorgung zumindest für eine definierte Zahl von Notdiensten im Jahr geben kann.

Der vom Bundesgesundheitsministerium am 8. Januar 2020 eingereichte Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung, der hier den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur den Versorgungsauftrag bestätigt, sondern darüber hinaus in die wirtschaftliche, organisatorische und nicht zuletzt personelle Verantwortung der Krankenhäuser massiv eingreift, muss aus der Sicht des VKD daher



grundlegend überarbeitet werden. Die Schwäche des niedergelassenen Bereichs, die sich bei der Organisation der Notfallversorgung seit langem zeigt, wurde in der Corona-Pandemie nochmals unübersehbar. In der akuten Phase zeigte sich, dass Praxen geschlossen wurden, Tests abgelehnt und Patienten auf die Krankenhäuser verwiesen wurden.

Die Versorgungsrealität, wie die im VKD vertretenen Praktiker sie tagtäglich wahrnehmen, zeigt, dass sich die Kassenärzte in den vergangenen Jahren in erheblicher Zahl aus der ambulanten Notfallversorgung zurückgezogen haben – zu Lasten der Patienten und der Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser sind bereit, Verantwortung zu übernehmen und die Notfallversorgung kooperativ mit den niedergelassenen Ärzten zu organisieren.

Nur durch eine klare Regelung und für den Patienten ohne Umstände einfach zu erreichende Anlaufstellen, die es zurzeit sicher nur in den Krankenhäusern gibt, ist auch weiterhin eine flächendeckende Zugangsmöglichkeit für Notfallpatienten gewährleistet.

Dabei ist unbenommen, dass es unterschiedliche Grade von Notfällen gibt, die auch eine unterschiedliche Infrastruktur benötigen – die aber bereits vorhanden ist. Die Mehrzahl der ambulanten Notfälle wird erfahrungsgemäß in den Notaufnahmen der Krankenhäuser der Regelversorgung behandelt. Für Patienten mit Schlaganfällen und Herzinfarkten gibt es bereits in vielen Regionen ein sehr gut ausgebautes spezielles Herzinfarktnetz.

Der VKD plädiert für einen weiteren Ausbau dieser Netze, für mehr Investitionen in entsprechend ausgerüstete Rettungsfahrzeuge sowie – speziell für schwere Unfälle – für eine Aufstockung auch der Luftrettung.

Die Sicherung der Notfallversorgung muss durch entsprechende gesetzliche Vorgaben zur Vereinbarung von Vergütungsregelungen durch die Selbstverwaltungspartner gewährleistet sein. Da Strukturen für die Notfallversorgung wie bei der Feuerwehr permanent vorgehalten werden müssen, ist eine Regelung zur Vollkostendeckung vorzusehen.

### **Vorsorge für Katastrophen und künftige Pandemien sichern – Materialreserven, regelmäßige Trainings – staatlich finanziert**

Die Pandemie hat nochmals sehr deutlich die Defizite im Bereich der Arzneimittelversorgung und der Bereitstellung von Schutzausrüstungen für die Mitarbeiter in Pflege und Medizin gezeigt. Die Bundesregierung hat darauf im Konjunkturpaket reagiert. Es sollen Reserven – auch in den Krankenhäusern – angelegt werden. Über die Diversifizierung von Herstellern/Lieferanten im Bereich der Arzneimittelversorgung wird nachgedacht. Der VKD spricht sich dafür aus.

Lieferengpässe bei Medikamenten in Deutschland gibt es unabhängig von der Corona-Krise seit Jahren. Hersteller in China und Indien haben immer wieder für Probleme in den Lieferketten gesorgt. Der VKD hat das mehrfach angesprochen, ohne dass es eine nennenswerte politische Reaktion gab. Der Apothekerverband ABDA berichtete, dass sich die Engpässe 2019 auf 18 Millionen Packungen nach 9,3 Millionen im Vorjahr verdoppelten. Die Pandemie hat diese Lage u. a. durch geschlossene Grenzen und Hamsterkäufe der Bevölkerung nur verschärft. So ist in manchen Kliniken vor allem am Beginn der Krise kurzzeitig das zur Behandlung von lebensbedrohlich erkrankten COVID-19-Patienten wichtige Narkosemittel Propofol zur Neige gegangen. Die Sicherung der Arzneimittelversorgung durch Diversifizierung der Hersteller/Lieferanten ist notwendig.



## Grundlegende Veränderungen sind unabwendbar

Wichtig ist ein regelmäßiges Training der Klinikmitarbeiter für den Umgang mit Katastrophen und Krisenlagen. Entsprechende gesetzliche Regelungen zu verpflichtenden Übungsszenarien einschließlich Finanzierung durch die Länder muss geschaffen werden.

### **Personalmangel in Pflege und Medizin, aber auch u. a. bei IT-Experten als gemeinsame Herausforderung von Krankenhäusern, Bundes-, und Landespolitik annehmen, Kliniken zu besten Arbeitgebern gestalten**

Der Personalmangel gehört zu den größten Herausforderungen für die Krankenhäuser. Dieses Problem, über Jahre entstanden, wird sich nur mittelfristig lösen lassen. Obwohl die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren bereits massiv Personal im ärztlichen und pflegerischen Bereich eingestellt haben, ist es angesichts kommender Herausforderungen (Babyboomer, Alterung der Gesellschaft) notwendig, das Thema als komplexe Aufgabe anzugehen. Bekanntlich ist der Arbeitsmarkt für diese Berufsgruppen leergefegt.

Hier muss die Politik endlich handeln – Kampagnen zur Berufswerbung sind gut, aber keine langfristige Lösung. Dies wären in der Medizin z.B. deutlich mehr Studienplätze, wie sie der VKD schon lange fordert.

### **Die Krankenhäuser – das Management – arbeiten selbst kontinuierlich daran, attraktive Arbeitgeber zu sein. Dazu gehören folgende Punkte:**

- Familienfreundlichkeit (Veränderungen der Arbeitswelt und des Arbeitsumfeldes)
- Teilzeitangebote
- gute Fort- und Weiterbildungsangebote
- Entlastung der am Patienten tätigen Mitarbeiter von bürokratischen Pflichten
- Stärkung der Professionen in ihren Kompetenzen und Verantwortlichkeiten

- Reaktion auf veränderte Vorstellungen von Berufsarbeit:
  - bei Ärzten, wie u. a. Vermeidung von Selbstständigkeit, Anstellung in Teilzeit
  - bei Pflegenden Anspruch auf Führungsverantwortung, Akademisierung, Entbürokratisierung
- noch stärkere Investitionen in Ausbildung (Ausbildungsplätze in Krankenpflegeschulen)
- stetiges Werben um Berufsrückkehrer
- systematische Unterstützung der beruflichen Orientierung von Schülern

### **Von der Bundes- und Landespolitik fordert der VKD**

- deutliche Aufstockung der Ausbildungsplätze für Mediziner
- Abschaffung des Numerus Clausus
- Ausweitung des praxisnahen Studiums
- ggf. Berufslenkung für Absolventen
- Förderung für Medizinische Hochschulen in Krankenhaushand
- Evaluation des Pflegeberufgesetzes
- Abbau von Bürokratie um mindestens die Hälfte der bürokratischen Anforderungen

### **Bürokratieabbau als wesentliches Kriterium für die Behebung des Personalmangels sowie zur Kostenreduktion**

Seit Jahren – vor allem beginnend mit Einführung der DRGs – steigen die Dokumentationspflichten und die Bürokratielasten der Krankenhäuser. Sie müssen auf das zwingend Notwendige zurückgeführt werden. Sie rauben Ärzten und Pflegenden einen großen Teil der Zeit, die sie für die Versorgung der Patienten benötigen und haben zu einem erheblichen Aufwuchs in den Verwaltungen geführt.

Die jüngste Studie des Marburger Bundes (Januar 2020) hat gezeigt, dass die den Krankenhäusern aufgezwungene Bürokratie ein erheblicher Belastungsfaktor vor allem für die Ärzte ist und der Auf-



wand stetig zunimmt. Hier ist die Politik, aber auch vor allem der G-BA, am Zuge. Laut der Studie des Marburger Bundes müssen 60 Prozent der Ärzte mindestens drei Stunden täglich für bürokratische Aufgaben aufwenden, 35 Prozent sogar vier Stunden. Im Jahr 2013 hatten nur acht Prozent angegeben, mehr als drei Stunden dafür aufzuwenden.

Derzeit sind 3.500 Arztstellen aufgrund von Personalmangel unbesetzt. Das zeigt, dass überzogene Dokumentation und Kontrollwahn die Versorgung gefährden. Der Aufwand für bürokratische Pflichten muss deutlich verringert werden.

### **Fehlsteuerungen bei den Medizinischen Diensten müssen behoben werden**

Das MDK-Gesetz, so wie es noch kurz vor dem Bundestagsbeschluss geändert und damit in sein Gegenteil verkehrt wurde, muss nochmals auf den Prüfstand.

Die Zielstellung war ursprünglich, den Dokumentationsaufwand für das medizinische Personal deutlich zu senken und eine weitere, noch stärkere finanzielle Belastung der Krankenhäuser zu verhindern. Der ursprüngliche Reformentwurf sah vor, nur Krankenhäuser mit auffällig erhöhten Prüfaufälligkeiten mit Strafzahlungen zu belegen. Ins Gesetz kam aber, dass jedes Mal, wenn die Rechnung eines Krankenhauses nach Überprüfung gekürzt wird, und sei es nur um den geringsten Betrag, das Krankenhaus 300 Euro Strafe zahlen soll. Diese Regelung ist empörend, auch wenn sie – pandemiebedingt – erst einmal ausgesetzt wurde.

Erhöht wurde auch die ursprünglich vorgesehene Prüfquote von 10 Prozent auf 12,5 Prozent, die dem MDK noch mehr Spielraum für Strafzahlungen gibt.

Ziel der MDK-Reform war es ursprünglich, den Prüfhorror der Krankenkassen, den ja auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn schon heftig

kritisiert hat, in normale, akzeptierbare Bahnen zu lenken. Das sollte aus Sicht des VKD auch weiterhin das Ziel sein.

### **Krankenhäuser in ihrer Funktion als wichtige Wirtschaftsunternehmen für die Regionen anerkennen – ökonomisches Handeln als unabweisbares Kriterium guter Krankenhausführung zum Wohl von Mitarbeitern und Patienten, unternehmerische Freiheit im Handeln ermöglichen**

Daseinszweck eines Krankenhauses ist es, seine Patienten bestmöglich zu behandeln und zu pflegen. Diesen Zweck kann es nur erfüllen, wenn es qualifizierte Mitarbeiter beschäftigt sowie über die notwendige Technik, über Sachmittel und bauliche Strukturen verfügt, die dies ermöglichen. Damit wird es auch zu einem wichtigen Wirtschaftsbetrieb. Das wird häufig ausgeblendet und den Krankenhäusern, explizit dem Management, vorgeworfen, es gehe ihnen nur um ökonomischen Erfolg.

Dabei wird die Bedeutung der Krankenhäuser für die Regionen, Städte und Landkreise, für die regionalen Firmen, den Arbeitsmarkt, für Aus- und Fortbildung – also für die gesamte Wertschöpfung der Bundesländer – immer wieder unterschätzt.

Das Gesundheitswesen insgesamt ist überall in Deutschland ein dynamischer Wirtschaftsbereich, dessen Bruttowertschöpfung ständig zugenommen hat. Der Anteil der Krankenhäuser daran ist erheblich.

Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass sie zu den großen und vor allem stabilen Arbeitgebern gehören. Die Zahl der Arbeitnehmer stagniert hier nicht nur auf hohem Niveau, sie steigt seit Jahren – und es sind gut ausgebildete Arbeitskräfte, die auch häufig überdurchschnittliche Gehälter und Löhne beziehen – mit entsprechenden Auswirkungen auf Sozialbeiträge, Steuern und den individuellen Konsum.



## Grundlegende Veränderungen sind unabwendbar

Krankenhäuser schaffen aber durch ihre Nachfrage nach Sach- und Dienstleistungen auch zahlreiche Arbeitsplätze in anderen Branchen. Sie stärken damit vor allem die regionale Wirtschaft. Jeder neue Arbeitsplatz im Krankenhaus ermöglicht weitere Arbeitsplätze in der Gesamtwirtschaft. Diese indirekten Beschäftigungseffekte sind durchaus erheblich.

Krankenhäuser sind zudem Ausbildungsorte – ohne sie keine Pflegeausbildung, keine ärztliche Aus- und Weiterbildung. Hinzu kommen weitere Berufe, in denen Krankenhäuser ausbilden.

### Wir brauchen ein „Zukunftskonzept Deutsches Krankenhaus“

Der VKD wirbt nach wie vor für ein „Zukunftskonzept Deutsches Krankenhaus“. Unsere Krankenhäuser als Anker der Gesundheitsversorgung in Stadt und Land brauchen eine strategische Neuausrichtung, die sich auf die Lösung folgender Herausforderungen fokussiert:

Eine funktionierende Gesundheitsversorgung in hoher Qualität gehört zu den unverzichtbaren Infrastrukturleistungen des Staates. Darauf haben die Bürger, wo immer sie in unserem Land leben, ein gesetzlich verbrieftes Recht. Aus diesem Recht resultieren für Bund und Länder ebenso wie für alle Leistungs- und Kostenträger erhebliche Pflichten, die Gesundheitsversorgung heute und vor allem auch für morgen zu sichern und zukunftsfest zu gestalten. Es handelt sich also um eine Gemeinschaftsaufgabe.

Dies wird von allen Beteiligten grundsätzlich auch so gesehen. In der Praxis allerdings haben wir es mit manifesten Versorgungssektoren zu tun, deren Grenzen nach wie vor wenig durchlässig sind. Die Gründe dafür sind nicht nur in den starken Lobbyorganisationen zu suchen, die ihre eigenen Felder möglichst sichern möchten – selbst, wenn sie diese gar nicht mehr vollständig beackern kön-

nen. Sie sind auch in der hohen Komplexität unseres Gesundheitswesens begründet, das Innovationen im System erschwert. Selbst gut gemeinte neue Gesetze und Regelungen haben dann gegebenenfalls Folgen, die so nicht gewollt waren. Eine wirkliche Folgenabschätzung findet zudem nicht statt.

Erste Aufgabe und Daseinszweck der Krankenhäuser ist die gute Versorgung kranker Menschen hier bei uns in Deutschland. Ihr Zweck ist nicht, möglichst viel Geld zu verdienen. Dabei ist unbenommen und gesetzlich auch festgelegt, dass diese gute Versorgung wirtschaftlich zu erfolgen hat.

Aus dieser ersten und wichtigsten Aufgabe leitet sich auch die Pflicht ab, gemeinsam und kooperativ Gesundheitsleistungen zu erbringen. Dass es hier noch immer mächtig hakt, schadet der Zukunftsfestigkeit unseres Gesundheitssystems. Denn inzwischen haben wir eine Situation, die – wollen wir sie gut meistern – deutlich mehr Gemeinschaftshandeln geradezu erzwingt. Dazu gehören die demografische Entwicklung ebenso wie der medizinisch-technische Fortschritt, der Fachkräftemangel, die steigenden Anforderungen der Patienten.

Gleichzeitig haben Gesetze und Regulierungen, die verschiedenen Finanzierungssysteme, die unterschiedlichen Systeme der Qualitätssicherung eine Komplexität des Systems als Ganzes bewirkt, die für den Laien undurchschaubar, für die Beteiligten nur noch mit hohem Kraftaufwand beherrschbar ist und sehr viel Expertise von der Versorgung der Patienten abzieht.

Kurz: Wir sind an einem Punkt, an dem wir einen Weg zurück zu unseren eigentlichen Aufgaben und zu einer Reduzierung der Komplexität unseres Gesundheitssystems finden müssen.

Das wird nicht einfach sein und es kann nur gelingen, wenn wir tatsächlich immer die Patienten in den Mittelpunkt stellen.



Was aber fehlt, ist ein gemeinsamer, gesellschaftlicher Wille, geplant und Schritt für Schritt eine andere Richtung einzuschlagen. Es fehlt das, was der Verband der Krankenhausdirektoren für die Kliniken schon länger fordert: Ein Masterplan Deutsches Krankenhaus. Und angesichts der notwendigen Gemeinschaftsaufgabe für die Gesundheitsversorgung insgesamt fehlt tatsächlich aber ein Masterplan Gesundheitsversorgung, dem sich dann alle Beteiligten verpflichtet fühlen, der Prioritäten setzt und Schritt für Schritt verwirklicht wird.

Abgesehen davon müssen sich die Beteiligten in allen Versorgungssektoren und auch in den Krankenkassen darüber Gedanken machen, was aus ihrer Sicht mit Blick auf die Patientenversorgung zwingend zu einem solchen Masterplan gehört. Der Verband der Krankenhausdirektoren hat das für die Krankenhäuser getan.

### **Was wären aus Sicht des Krankenhausmanagements die wichtigsten Maßnahmen für eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft als Garant der Gesundheitsversorgung Deutschlands?**

Wahrnehmung der Krankenhäuser – auch der kleinen Häuser – als Herzstücke der stationären und ambulanten Versorgung in den Regionen, auf Grundlage der Einführung einer sektorenüber-

greifenden Versorgungsplanung unter Berücksichtigung der Notfallversorgung als einem Modell regional angepasster sektorenübergreifender Strukturen in Verantwortung der Krankenhäuser:

- Weiterentwicklung des Finanzierungssystems der Krankenhäuser
  - durch Reduzierung der Komplexität der DRGs
  - gleichzeitiger Einführung sektorenübergreifender Finanzierungsmöglichkeiten
  - sowie Durchsetzung einer gesicherten ausreichenden Investitionsfinanzierung
- Entwicklung vergleichbarer Kriterien für die Qualitätssicherung in den Sektoren, um sichere, transparente Übergänge für die Patienten zu schaffen und die Leistungen aufwandsgerecht vergüten zu können
- Einführung einer sektorenübergreifender Versorgungsplanung auf der Basis regionaler Strukturen
- Gesamtgesellschaftliche Finanzierung der Digitalisierung als Vernetzungsinstrument
- Moderierung notwendiger Strukturveränderungen
- Prüfung der gesetzlichen Rahmenbedingungen auf kooperationshemmende Vorschriften und Beseitigung solcher Regelungen
- Entbürokratisierung auf der Basis gegenseitigen Vertrauens und damit einhergehend Reduktion der seit Jahren anwachsenden Komplexität des Systems insgesamt



Verband der  
Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e. V.

VKD e. V.  
Geschäftsstelle  
Oranienburger Straße 17  
10178 Berlin

Telefon: +49 30 288859-11  
E-Mail: [vkdgs@vkd-online.de](mailto:vkdgs@vkd-online.de)

[www.vkd-online.de](http://www.vkd-online.de)