

6. Februar 2023

Seite 1 | 10

Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Kommentare der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zu Kernpunkten der Vergütungsreform

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) hat die am 6. Dezember 2022 vorgelegte „Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ ausführlich in der Task Force Qualität und Wirtschaftlichkeit und im Vorstand diskutiert. Wir stehen gerne zum offenen und konstruktiven Dialog über die in der Stellungnahme benannten Vorschläge oder Alternativen zur Verfügung.

Die Kommentierung wird von der **Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)** unterstützt.

Inhalt

Ausgangslage	2
I. Spezifische Kommentare zu den Empfehlungen der Regierungskommission	3
Ad I.1. Fachkliniken	3
Ad I.2. Leistungsgruppen	5
Ad I.3. Vorhaltepauschalen	6
Anmerkungen zu weiteren, allgemeinen Aspekten der Empfehlungen	6
Krankenhaus-Level	6
DRG-System und Ambulantisierung	7
Personalmangel	9
Medizinischer Dienst	9

ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND

Prof. Dr. med. T. T. Bauer, Präsident
Prof. Dr. med. W. Windisch, Stellv. Präsident
Prof. Dr. med. W. J. Randerath, Generalsekretär
Prof. Dr. med. H. Slevogt, Schatzmeisterin
Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Pastpräsident

VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.
Vereinsregister des Amtsgerichts
Marburg: VR 622

UMSATZSTEUER-IDENTIFIKATIONSNR.

USt-IdNr.: DE190100878

Ausgangslage

Seite 2 | 10

Kernproblem und Ausgangspunkt ist für die Regierungskommission die Unterfinanzierung der Betriebskosten des stationären Sektors aus DRG - Erlösen und die Unterdeckung des Investitionsmittelbedarfs aus pauschalen Fördermitteln der Länder. Tatsächlich ergaben sich 2022 für ca. 90 % aller Krankenhäuser negative Betriebsergebnisse, meist bei hoher Auslastung. Die DGP unterstützt daher sehr die Bemühungen, Strukturen und Finanzierung des Gesundheitssystems neu zu gestalten. Insbesondere ist die stärkere Absicherung der Vorhaltekosten der Krankenhäuser und ihre Öffnung zur ambulanten Behandlung sinnvoll. Die Regierungskommission hat zur Bedarfshöhe der Vorhaltekosten einen guten Hinweis gegeben und bereits ein auch von uns kommentiertes Papier zur Ambulantisierung vorgelegt. Auch teilen wir die Problemanalyse der Regierungskommission in weiten Teilen (zu geringe Investitionsmittel, Sektorierung des Gesundheitswesens) und die Kritik an Fehlentwicklungen, die durch das DRG-System gebahnt wurden.

Die DGP hält die Empfehlungen zur bundeseinheitlichen Einteilung der Klinken in Versorgungslevel grundsätzlich für sinnvoll. Sie können das medizinische Angebot vergleichbarer gestalten. Einheitliche Levels vereinfachen eine die Landesgrenzen überschreitende Planung in grenznahen Regionen. Hier sehen wir jedoch die Notwendigkeit, die regionale Krankenhausplanung durch die Bundesländer weiter zu respektieren. Die dezentrale Planung auf Landesebene ermöglicht die zusätzliche Berücksichtigung regionaler Aspekte.

Die geplanten Änderungen zur Krankenhausstruktur verlangen eine multidisziplinäre und wesentlich vertiefte Bedarfsanalyse, die ausgewogen von staatlichen und unabhängigen Organisationen des Gesundheitswesens geleistet werden muss. Wegen der hohen gesellschaftlichen Bedeutung der Reform ist ein breiter gesellschaftlicher Dialog zur Konsensfindung notwendig. In diesen sollten neben den politischen Gremien von Bund und Ländern auch die Ärztekammern, die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, aber auch die wesentlichen Träger, die Kirchen und Kommunen und Patientenvertretungen einbezogen werden.

Für die Standortkonzentration muss eine ausreichende Übergangszeit gewährleistet werden, die die Versorgung im Übergangszeitraum sicherstellt. Eine solche Übergangszeit sollte auf Zeiträume von bis zu 10 Jahren ausgelegt werden.

Wir schlagen vor, den § 6 KHG kompetent in dem Sinne zu erweitern, dass der Bedarfsermittlung eine zentrale und bindende Bedeutung für die Aufstellung der Pläne zukommt. Dem InEK soll vor allem die Berechnung der finanziellen Ausgestaltung der Vorhaltepauschalen zukommen. Diese Analyse kann sofort auf der bisherigen Kalkulationsbasis beginnen. Dem InEK sollten jedoch im Planungsprozess keine direkten oder indirekten Steuerungskompetenzen zugeordnet werden.

I. Spezifische Kommentare zu den Empfehlungen der Regierungskommission

Seite 3 | 10

Neben allgemeinen Erwägungen bitten wir folgende spezifische Hinweise zu berücksichtigen:

1. Die generelle Integration von Fachkliniken in andere Level II oder Level III Krankenhäuser,
2. Die uneinheitliche Aufteilung der Fachgebiete in Leistungsgruppen,
3. Vorhaltepauschalen.

Ad I.1. Fachkliniken

Die DGP begrüßt die gesonderte Berücksichtigung der somatischen Fachkliniken ausdrücklich. Sie ist für die Versorgung der Patienten mit Lungenerkrankungen besonders wichtig, da sich in den letzten Jahrzehnten an den traditionellen Standorten ein Netz qualitativ hochentwickelter, leistungsfähiger, kosteneffizienter und wissenschaftlich aktiver Fachkliniken herausgebildet hat. Die spezialisierten Einrichtungen haben auch deshalb eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen, da die Pneumologie historisch in den deutschen Universitätskliniken im Vergleich zu anderen Ländern nur unzureichend repräsentiert ist. Die DGP begrüßt daher die Feststellung, dass Fachkliniken anspruchsvolle Voraussetzungen erfüllen und den Levels II oder III zugeordnet werden.

Dabei ist aus unserer Sicht für die leistungsfähigen Lungenfachkliniken hervorzuheben, dass sie – anders als im Bericht der Regierungskommission geschrieben - in der Regel an der Notfallversorgung (teilweise über die Zulassung als Spezialversorger) teilnehmen. Außerdem kann festgehalten werden:

- Große pneumologische Fachkliniken betreuen Patienten des gesamten Spektrums von Infektiologie, Onkologie, Erkrankungen von Parenchym, Atemwegen und Atmungsregulation bis hin zur Intensivmedizin des Fachgebietes und der Notfallversorgung.
- Dieses breite Spektrum hat die Leistungsfähigkeit und den wesentlichen Beitrag der Lungenfachkliniken zum Gesundheitswesen gerade in der Pandemie sehr deutlich gezeigt.
- Es handelt sich also NICHT um Kliniken, die mit einem eingeschränkten Leistungsspektrum und durch Auswahl einzelner wirtschaftlicher Behandlungen für sich eine ökonomische Optimierung herstellen konnten oder dies zukünftig wollen.
- Mit ihrer besonderen Expertise tragen pneumologische Fachkliniken und Fachabteilungen zur telemedizinischen Versorgung und Kommunikation mit Kliniken aller Levels bei.

Daher lehnt die DGP die generelle Empfehlung ab, nach der die Fachkliniken zukünftig baulich und inhaltlich in andere Kliniken der Levels II und III zu integrieren sind. Stattdessen sollten die Länder festlegen, ob eine Integration im Einzelfall sinnvoll oder gar schädlich ist. Hier sehen wir zwei Optionen:

- Eine Integration kann bei Fachkliniken mit eingeschränktem Spektrum und geringer Patientenzahl sinnvoll sein. Hier kann die Integration die „aufnehmende“ Klinik im pneumologischen Bereich bereichern, umgekehrt die pneumologische Abteilung von Synergien in der Infrastruktur profitieren.

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration sind dabei hinreichende zusätzliche bauliche Kapazitäten an der Partnerklinik sowie eine realistisch zu erwartende Effizienzverbesserung der neuen gemeinsamen Einheit.

- Wo eine solche Integration sinnvoll ist, ist diese durch öffentliche Mittel zu finanzieren. Gerade bei Fachkliniken der Lungenheilkunde liegen hier umfängliche Erfahrungen zur Höhe der entstehenden Kosten vor (u. a. Hannover, Berlin, Hildesheim, Gießen). Diese können bei Bedarf gerne zur Verfügung gestellt werden.
- Eine Integration kann auch an Universitätsstandorten sinnvoll sein, um Lücken in der akademischen Medizin im Bereich Lungenmedizin auszugleichen. Alternativ können große, wissenschaftlich und akademisch aktive Fachkliniken auch als ausgelagerte universitäre Standorte dienen (u. a. Essen und Heidelberg).

Wo jedoch die Fachkliniken inhaltlich (Darstellung des Fachgebietes ~~Pneumologie~~ in der Breite und Tiefe) und im Hinblick auf die Inanspruchnahme (hohe Ausschöpfung der Kapazität) und wirtschaftlich effizient sind, wäre die Umverlagerung schädlich durch:

- Verlust im pneumologischen Leistungsspektrum und –angebot, alleine schon durch bauliche Limitationen und Verringerung der personellen und räumlichen Strukturen am neuen Standort.
- Verlust von speziellen Bereichen für seltene pneumologische Erkrankungen, die in Fachkliniken vorgehalten werden, aber in Großkliniken aus wirtschaftlichen oder Kapazitätsgründen nicht mehr zum Tragen kämen.
- Verlust der besonderen Kompetenz, z.B. in der Infektiologie (u.a. Tuberkulose, atypische Mykobakterien, virale Lungenerkrankungen) oder Intensivmedizin (Weaning, Beatmung, Lungenersatzverfahren), da die Pneumologie hier oft nicht oder nur am Rande eingebunden würde.
- Somatische Fachkliniken sind teilweise in strukturell benachteiligten ländlichen Regionen angesiedelt, bieten traditionell Zentrumsmedizin auch für Menschen im ländlichen Raum an und fördern seine Entwicklung auch durch sichere Arbeitsplätze. Fachkliniken tragen damit auch dazu bei, die im Gutachten des Sachverständigenrates angesprochene ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern. Sie nehmen, wie oben erwähnt, überwiegend auch an der Notfallversorgung teil.
- Unnötige Kosten durch Baumaßnahmen und Umzug.
- Verlust der Kosteneffizienz durch Eingliederung in oft defizitäre Großkliniken und Ausgleich von Defiziten anderer Abteilungen, was Investitionen und Innovationen im Fachgebiet erschweren würde.
- Personalverluste durch Standortverlagerung.
- Versorgungsprobleme am bisherigen Standort und in dessen Umgebung.

Bei der Erarbeitung von Kriterien zur Differenzierung der beiden Optionen steht die DGP gerne zur Verfügung. Als Merkmale können die Teilnahme an der Notfallversorgung, das Angebot von Intensivmedizin und Weaning sowie die fachliche Breite mit der notwendigen Infrastruktur sinnvoll sein. Die in Tabelle 1b des Regierungsentwurfes genannten Kriterien für somatische Fachkliniken sind aus unserer Sicht im Grundsatz sinnvoll.

Das Prinzip der Definition von Leistungsgruppen (LG) kann helfen, eine adäquate Versorgung komplexer Krankheitssituationen zu erreichen. Einerseits ist eine breit angelegte, wohnortnahe Grundversorgung sicherzustellen. Einem Krankenhaus des Levels I muss es immer möglich sein, die Erst- und Grundversorgung eines Herzinfarktes, Schlaganfalls, einer Pneumonie oder eines Unfalls nicht nur im Notfall sicher zu stellen. Diese Aspekte ergeben sich aus der Zulassung zum Level I. Andererseits ist eine weiterführende spezialisierte Versorgung notwendig, die nicht an jedem Ort und in jeder Klinik anzubieten ist. Die Einführung von LG kann auch ein Instrument der Transparenz für Patientinnen und Patienten sein.

Die Zuweisung von Leistungen muss jedoch in erster Linie den Ländern vorbehalten sein, die in der Lage sind, die regionalen Anforderungen zu erkennen und die entsprechenden Leistungsvolumina in Bezug auf Erreichbarkeit und das Vorhandensein komplementärer Strukturen im ambulanten Sektor inhaltlich zu planen. Rahmenvorgaben des Bundes zur Kategorisierung von Krankenhäusern müssen daher einen maximalen Planungsfreiraum der Länder garantieren. Zielführend ist angesichts stark unterschiedlicher Bevölkerungs- und Infrastrukturen der Länder aber nicht die bundeseinheitliche Schaffung von Kategorien, die bis auf die Ebene einzelner Leistungen zusammengesetzt sind, sondern die nur als Grundstruktur eine abgestimmte fachspezifische Leistungserbringung ermöglichen.

Für die Beschreibung der Leistungsgruppen für komplexere Erkrankungen auf der Ebene der Länder sind mehrere Voraussetzungen jedoch zu erfüllen:

- Die inhaltliche Differenzierung und Definition der notwendigen Strukturen soll auf der Basis von Empfehlungen der Fachgesellschaften erfolgen.
- Auch die Versorgung auf dem Niveau der LG muss allen Bürgern zur Verfügung stehen. Daher dürfen die Mindestvoraussetzungen nicht so selektiv sein, dass sie das Angebot der LG nur auf einzelne Standorte minimieren.
- Die Mindestvoraussetzungen dürfen nicht zum Instrument von Leistungsbegrenzungen werden, sondern müssen sich allein an den Notwendigkeiten zur Versorgung der entsprechenden Erkrankungen orientieren. Die LG dürfen also nicht als Instrument der Elimination von Krankenhäusern verstanden werden.
- Zentren müssen ggf. auch standortübergreifend planbar bleiben.
- Die Länder müssen planerisch festlegen, welche und wie viele LG bezogen auf die Bevölkerung vorzuhalten sind. Unterschiede in den Mindestvoraussetzungen zwischen ländlichen Gebieten und Ballungsräumen müssen möglich sein.

Die vorgeschlagenen LG lassen bisher keine hinreichende Systematik erkennen. Für manche Fachbereiche ist eine sehr kleinteilige Differenzierung vorgeschlagen (z.B. Kardiologie, Hämatologie, Orthopädie / Unfallchirurgie und Pädiatrie), die in anderen Fachgebieten völlig fehlt.

Für die Pneumologie schlagen wir folgende LG vor, zu deren Ausdifferenzierung die DGP gerne für Gespräche zur Verfügung steht.

- Komplexe Pneumologie;
- Interventionelle Endoskopie;
- Pneumologische Infektiologie;
- Pneumologische Intensiv-, Schlaf- und Beatmungsmedizin (einschl. Weaning);
- Seltene Erkrankungen in der Pneumologie.

Ad I.3. Vorhaltepauschalen

Die Einführung von Vorhaltepauschalen wird prinzipiell begrüßt. Die Bedingung, dass Vorhaltevergütungen an erfolgreich bestandene Strukturprüfungen geknüpft sind, ist qualitativ sinnvoll.

Die Vorhaltepauschalen müssen von den Investitionspauschalen klar abgegrenzt sein. In den letzten 20 Jahren wurden die Fallpauschalen stetig zunehmend durch gruppierungsrelevante Prozeduren gesteuert. Wenn durch die Vorhaltepauschalen die apparative und personelle Ausstattung der berechtigten Leistungserbringer sichergestellt ist, so sollte das Fallpauschalensystem wieder auf einen Algorithmus zurückgeführt werden, der weitgehend oder sogar ausschließlich durch Diagnosen gesteuert wird.

Die Vorhaltepauschalen müssen der Planungshoheit der Länder folgen. §§ 6 und 7 KHG sind insoweit anzupassen, dass der Landesbehörde für Gesundheit eine klare Befugnis zur Entscheidung über Struktur der Versorgung und damit Zuweisung der Vorhaltepauschalen zukommt. Größere Beachtung als bisher verdient allerdings die Ausgestaltung der länderübergreifenden Zusammenarbeit gemäß § 6 (2) KHG.

Eine Vorhaltevergütung darf aber nicht dazu führen, dass situativ (z.B. Infektwelle) oder strukturell (z. B. Veränderung der Krankenhaus-Landschaft) notwendige Mehrleistungen zu übermäßigen Abschlägen führen. Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) wirkt hier wie eine Blockade, bei Bedarf Mehrleistungen zu erbringen, und steht der flexiblen Anpassung der Leistung entgegen.

Anmerkungen zu weiteren, allgemeinen Aspekten der Empfehlungen

Krankenhaus-Level

Ziel der Einführung einer Graduierung der Krankenhäuser (Levels) kann unseres Erachtens nur sein, allen Bürgerinnen und Bürgern eine adäquate medizinische Versorgung in zumutbarer Entfernung zur Verfügung zu stellen. Die Länder sollten also feststellen, an welchem Ort welches Krankenhaushausniveau notwendig ist und wo welche Fachabteilungen vorzuhalten sind. Nachdem diese planerischen Entscheidungen getroffen sind und ein Versorgungsauftrag erteilt ist, sind die Häuser entsprechend finanziell auszustatten.

Im vorgeschlagenen Modell kommt es stattdessen zu einem Wettbewerb der Kliniken um Levels und Leistungsgruppen. Es besteht die Gefahr, dass mit dem Instrument versucht werden soll, die Zahl der Krankenhäuser zu reduzieren, in der Vorstellung so die Kosten zu reduzieren. Dies löst jedoch keine der derzeitigen Probleme der unzureichenden Personal- und Technikausstattung und Unwirtschaftlichkeit.

STELLUNGNAHME



Einer planerischen Vorgabe von Multidisziplinarität für die einzelnen Level am Standort der Leistungserbringung bedarf es nicht, da sie bereits jetzt regelhafter Bestandteil in Diagnostik und Therapie in fast allen Disziplinen ist (Tumorboards, Heart Teams, ILD- Boards, Vorgaben von AWMF-Leitlinien, Qualitätskontrolle der Fachgesellschaften usw.). Interprofessionalität wird beispielgebend in der Weaningmedizin schon in den Strukturvorgaben für die zugehörigen OPS gefordert. Hier sind also Einsparmöglichkeiten kaum zu generieren.

Die zwingende Vorhaltung vieler Experten verschiedener Disziplinen am Standort der Leistungserbringung ist im Zeitalter der oft praktizierten telemedizinischen Kommunikation ebenfalls nicht erforderlich. Sie fördert sogar Personalmangel und verbraucht unnötig Ressourcen. Solche Vorgaben werden bereits jetzt vom MD benutzt, Zulassungen, z.B. bei OPS, zu verhindern. Hier wird allein die buchstabengetreue Einhaltung von Strukturmerkmalen geprüft (bis auf die Ebene von Dienstplänen und Vertretungsregelungen), ohne sinnvolle, inhaltliche Kooperationen zu berücksichtigen.

Die Festlegung der LG in Level II ist nicht nachvollziehbar. So ist es sehr wahrscheinlich, dass in großen Städten mehrere Krankenhäuser notwendig sind, die das Level I überschreiten. Es ist jedoch keineswegs sinnvoll, an jedem dieser Standorte eine kardiologische und gynäkologische LG, eine Stroke Unit oder ein onkologisches Zentrum vorzuhalten. Gleiches gilt für die Vorhaltung von Technik (z.B. MRT). Dies fördert in Ballungsgebieten eine Überversorgung in einzelnen Fachgruppen und eine Unterversorgung anderer Fachgruppen. Eine regionale Planungskonferenz sollte hier festlegen, an welchem Standort welche LG vorzuhalten sind. Basis sollte dabei der vom Bundesland ermittelte und festgelegte Bedarf in der Region sein.

DRG-System und Ambulantisierung

Die Regierungskommission beschreibt, dass die leistungsabhängige Komponente der Kostenerstattung (DRG-System) zu unangemessener Ausweitung stationärer Behandlungen durch ökonomische Fehlanreize, zur Übertherapie, zu Behandlungen ohne gesicherte Indikation, zu hohen stationären Fallzahlen und hohen Kosten im internationalen Vergleich, zur gravierenden Unterfinanzierung einzelner Bereiche durch DRG-Erlöse (z.B. Pädiatrie) führe.

Der Kommissionsentwurf hält jedoch grundsätzlich am DRG-System fest. Es fehlen konkrete Angaben dazu, bei welchen einzelnen DRGs oder DRG-Gruppen die Überversorgung beobachtet wird. Wenn an dem System festgehalten werden soll, ist eine gezielte Nachbesserung zur Vermeidung von Fehlanreizen notwendig. Wenn die Lernkurve des Systems in einzelnen Bereichen zu flach war, ist dort sachgerecht durch Kalkulationsoptimierung beim InEK nachzusteuern. Lösungsansätze zu Fehlentwicklungen sind ggf. einfach überprüfbare Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA und die Rückkehr zu einem diagnose- statt weitreichend prozeduren-gesteuerten System (s.o.).

Der Kommissionsentwurf verweist auf Zahlen von Krankenhausbehandlungen in anderen Ländern. Dieser Vergleich scheint uns jedoch aus mehreren Gründen nicht zuzutreffen:

- Zum einen zeichnet sich das deutsche Krankenhaussystem im internationalen Vergleich durch eine sehr hohe Leistungsfähigkeit aus. Während der Coronapandemie hat sich die Leistungsstärke des stationären Sektors als notwendig und im internationalen Vergleich als belastbar erwiesen.
- Zum anderen gibt es eine strenge Sektorengrenze wie in Deutschland in keinem anderen europäischen Land. Die Systeme anderer Länder erlauben also einen durchlässigen Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung, ohne dass der Patient die betreuende Institution (Klinik / Praxis) ändern muss. Hier ist also dringend eine Verbesserung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser sicher zu stellen (s.u.), die ja auch von der Regierungskommission angestrebt wird. Auf unsere Kommentare zur 2. Empfehlung der Regierungskommission sei hier noch einmal verwiesen.
- Derzeit versuchen die Krankenkassen in großem Maße, stationäre Leistungen über MD-Prüfungen in den ambulanten Bereich zu bringen, ohne dass es dafür hinreichende Strukturen gibt. Zum einen ist hier ein geordneter zeitlicher und struktureller Übergang zu ermöglichen. Zum anderen ist eine adäquate Finanzierung ambulanter Leistungen für alle Leistungserbringer notwendig. Das MD-Reformgesetz hat nicht zu verbesserten Versorgungsabläufen, sondern nur zu einer erheblichen Bürokratisierung geführt. Daher bedarf es anderer Instrumente der Struktur- und Leistungsprüfung.
- Desweiteren ist bei der Anzahl medizinischer Behandlungen in der Lungenmedizin der demographische Wandel von zentraler Bedeutung und nicht so sehr ein vermutetes Überangebot an Leistungen. Jeder Eingriff in die Krankenhausstrukturen muss die zu erwartende Entwicklung der nächsten Jahre berücksichtigen und vermeiden, dass es schon in kurzer Zeit oder in einer erneuten Notlage den Herausforderungen nicht mehr gerecht werden kann.

Die DGP stimmt der Annahme zu, dass im deutschen Gesundheitssystem durch Ambulantisierung bedeutende Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden können. Bisher werden im ambulanten Sektor allerdings vorwiegend Leistungen erbracht, die wirtschaftlich darzustellen sind. Untersuchungen oder Behandlungen, die unwirtschaftlich sind (z.B. Bronchoskopie) werden im ambulanten Sektor in der Regel nicht erbracht und müssen derzeit im stationären Sektor durchgeführt werden, wenn sie für den Patienten oder die Patientin notwendig sind. Das Krankenhaus steht im Konflikt zwischen der Zuweisung durch den niedergelassenen Arzt und dem Bedarf des Patienten einerseits und dem Risiko der primären Fehlbelegung andererseits, die über die Prüfquoten- und Strafzahlungssystematik wirtschaftliche Sanktionen für die Krankenhäuser auslöst. Wird die Leistung in Klinikambulanzen erbracht, ist derzeit der Aufwand für diese selektierten Leistungen nicht durch korrespondierende Erlöse gedeckt.

Daraus ergeben sich aus Sicht der DGP folgende Konsequenzen:

- Die Rechte der Planungsbehörden sind insoweit zu stärken, dass zur Krankenhausplanung weitreichend auch Kapazitäten zur komplementären ambulanten Versorgung an den Krankenhausstandorten zugewiesen werden können, da nur so bei stark rationierten stationären Versorgungskapazitäten die Versorgung insgesamt sichergestellt werden kann. Die bisherige Sektortrennung und –hoheit ist zur Sicherstellung ungeeignet.

- Die Sektorengrenze sollte nicht nur für den Zugang der Vertragsärzte zu Leistungen im stationären Sektor permeabel werden, sondern muss *vice versa* auch Klinikärzte für ambulanten Leistungen zulassen. Beispielhaft sei aus unserem Bereich die außerklinische Betreuung langzeitbeatmeter Patienten genannt. Hierzu sind regionale intersektorale Planungskonzepte notwendig.
- Die Leistungserbringung muss im ambulanten Bereich für alle Leistungen wirtschaftlich sein. Ein gutes Beispiel ist dabei die Vergütung der Bronchoskopie. Bei der Bemessung der Vergütungen für ambulante Leistungen müssen selbstverständlich die Vorhaltekosten berücksichtigt werden, um auch eine Ungleichbehandlung des niedergelassenen Sektors zu vermeiden.

Personalmangel

Die Regierungskommission beschreibt einen „relativen Personalmangel“ und führt ihn darauf zurück, dass das quantitativ sehr hohe Mengenniveau bei zum Teil bestehenden erheblichen Defiziten der Strukturqualität mit dem bestehenden Personalschlüssel der Krankenhäuser immer schwieriger zu erbringen sei, obwohl im europäischen Vergleich einwohnerbezogen in Deutschland bisher eher überdurchschnittlich viel medizinisches Personal zur Verfügung stehe.

Wir stimmen der Bewertung eines Personalmangels zu, den wir jedoch als absoluten Mangel ansehen und nur zum kleineren Teil auf eine zu hohe Zahl von Krankenhäusern zurückführen. Zu den wesentlichen Veränderungen der letzten Dekaden gehören neue Arbeitszeitregelungen, ein hoher und zunehmender Anteil von Teilzeitbeschäftigungen, die Reduktion des gesamtdeutschen Studienplatzangebotes nach der Wiedervereinigung und kürzere Ausbildungszeiten in den Krankenhäusern (kürzere Facharztausbildung, weniger Zusatzbezeichnungen). Zu ergänzen ist, dass immer mehr Fachpersonal von tariflichen Arbeitsverhältnissen in Arbeitsverhältnisse bei Personaldienstleistern wechselt. Demgegenüber steht der durch den demografischen Wandel im kommenden Jahrzehnt zunehmende Bedarf an Gesundheitsleistungen.

- Angemessene Maßnahmen sind daher die rasche Steigerung von Studien- und Ausbildungsplätzen und professionelle Anwerbe- und Qualifizierungsprogramme für Zuwanderer mit Gesundheitsberufen oder solchen, die sich darin ausbilden lassen wollen.
- Es ist eine Abstimmung zwischen Politik, Berufsverbänden, Kostenträgern und Krankenhäusern notwendig, um den Arbeitsplatz Krankenhaus für Ärztinnen und Ärzte wieder attraktiv zu gestalten.
- Dem System der Leihunternehmen ist durch gesetzliche Maßnahmen (Begrenzung der Vergütung, Pflicht zu Nacht-, Wochenend-, Feiertagsdiensten) entgegenzutreten, die die Benachteiligung des festangestellten Personals aufheben.

Medizinischer Dienst

Die Definition wie bei Interessengegensätzen ein Kompromiss vermittelt wird, bedarf der Überarbeitung. Der Medizinische Dienst (MD) überprüft die Einhaltung der Mindeststrukturvoraussetzungen auf Ebene der Level und Leistungsgruppen. Der MD hat sich bisher noch nicht als neutrale Instanz etabliert. Ohne klare Vorgaben

STELLUNGNAHME



und Regeln besteht die Gefahr der Überbetonung der Kostenseite. Im Zuge der Strukturreform sollte der MD so verändert werden, dass er sicher neutral agieren kann. Dazu könnte eine hälftige Finanzierung von Kostenträgern und Leistungserbringern beitragen. Die inhaltlichen Voraussetzungen hierfür sollten in Zusammenarbeit mit den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitet werden. Seite 10 | 10

Für die Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)

Prof. Dr. med. Torsten T. Bauer
Präsident der DGP

Prof. Dr. med. Winfried J. Randerath
Generalsekretär der DGP und
Sprecher der Taskforce

Dr. med. Katrin Welcker
Präsidentin der DGT

Mitglieder Taskforce Qualität und Wirtschaftlichkeit der DGP in alphabetischer Reihenfolge

Stefan Andreas (Immenhausen)	Axel Kempa (Löwenstein)
Torsten T. Bauer (Berlin)	Dir Koschel (Coswig/Dresden)
Helge Bischoff (Heidelberg)	Michael Kreuter (Heidelberg)
Kaid Darwiche (Essen)	Philipp Lepper (Homburg)
Ralf Eberhardt (Hamburg)	Tobias Mitterbacher (Coswig)
Christian Franke (Sonneberg)	Michael Pfeifer (Regensburg)
Thomas Fühner (Hannover)	Klaus F. Rabe (Großhansdorf)
Jens Geiseler (Marl)	Winfried J. Randerath (Solingen)
Matthias Held (Würzburg)	Nicolas Schönfeld (Berlin)
Erich Hecker (Herne)	Urte Sommerwerck (Köln)
Felix Herth (Heidelberg)	Markus Unnewehr (Hamm)
Martin Hetzel (Stuttgart)	Katrin Welcker (Mönchengladbach)
Jürgen Hetzel (Winterthur, CH)	Michael Westhoff (Hemer)
Ralf-Harto Hübner (Berlin)	