

Krankenhausreform finanziell untermauern, Länderkompetenzen sichern

- 1 Wir haben in Deutschland eine hervorragende flächendeckende und wohnortnahe
2 Krankenhausversorgung – von der Grundversorgung bis zur Spitzenmedizin. Um diese
3 zukunftssicher zu machen, ist eine Krankenhausvergütungsreform notwendig. Diese darf aber die
4 Versorgung der Menschen insbesondere in den ländlichen Regionen nicht gefährden. Wir fordern
5 daher:
- 6 1. Die Krankenhausplanung muss Ländersache bleiben! In den Ländern, nicht am grünen Tisch
7 in Berlin, muss auch künftig die Versorgung der Menschen geregelt werden. Es muss in der
8 Entscheidung der Länder liegen, an welchem Krankenhaus welche Leistungen angeboten
9 werden dürfen. Länderöffnungsklauseln bei den Qualitätsvoraussetzungen der
10 Leistungsgruppen, die Möglichkeit der Berücksichtigung von Kooperationen und
11 Verbänden und sachgerechte Sonderregelungen für Fachkrankenhäuser sind daher
12 zwingend.
 - 13 2. Die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser muss endlich auskömmlich
14 gestaltet sein! Schon jetzt, vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Krankenhausreform,
15 müssen die Krankenhäuser angesichts enormer Kostensteigerungen und wachsender
16 Defizite im Bereich der Betriebskosten durch ein Vorschaltgesetz schnell und wirksam
17 entlastet werden. Dazu gehört, die bislang nicht refinanzierten Kostensteigerungen der
18 Jahre 2022 und 2023 rückwirkend und die Kostensteigerungen in den Folgejahren regelhaft
19 zu kompensieren. Die Landesbasisfallwerte müssen angemessen und zeitnah angepasst
20 werden können, damit insbesondere die jeweiligen Lohnkosten in den Ländern vollständig
21 abgebildet werden. Die Krankenhausreform muss außerdem unbedingt die geplanten
22 Vorhaltepauschalen und die Abkehr vom DRG-System enthalten. Insbesondere muss der in
23 vielen Ländern zu verzeichnende und durch eine unzureichende Refinanzierung getriebene
24 Abbau von Krankenhausbetten für Kinder und von Geburtsstationen gestoppt werden.
 - 25 3. Das Krankenhaustransparenzgesetz ist grundlegend zu überarbeiten und sein Inkrafttreten
26 zurückzustellen: Das reine Aneinanderreihen von zum Teil nicht vergleichbaren Daten
27 verbessert nicht die Versorgungsqualität der Menschen, es droht vielmehr eine
28 Fehlsteuerung der Patientinnen und Patienten mit der Folge der Überlastung von

- 29 Schwerpunkt- und Maximalversorgern durch leichte Fälle. Hier droht zudem eine
30 Vorwegnahme der Krankenhausreform durch die Hintertür, die wir klar ablehnen.
- 31 4. Wir brauchen nicht mehr, sondern endlich weniger Bürokratie zum Wohle der Menschen!
32 Der hohe Bürokratieaufwand, der für die Krankenhäuser durch eine Vielzahl an
33 Meldeinhalten entsteht, welche durch das Transparenzverzeichnis noch erhöht werden,
34 muss zwingend reduziert werden.
- 35 5. Die den Ländern zustehende Krankenhausplanung und die regionale
36 Notfallversorgungsplanung müssen weiterhin Hand in Hand gehen. Um auch zukünftig ein
37 stabiles Rettungsnetz gewährleisten zu können, müssen deshalb unter Beachtung der
38 bisherigen Planungskompetenzen die Notfallversorgung und der Rettungsdienst auch und
39 gerade im ländlichen Raum von Anfang an mitgedacht werden.
- 40 6. Es bedarf jetzt dringend und umgehend einer validen Abschätzung der Folgen der
41 Krankenhausreform auf die Versorgung der Menschen, die geeignete Auswirkungsanalysen
42 und Modellrechnungen für das individuelle Krankenhaus umfasst. Im
43 Gesetzgebungsverfahren ist dies zu spät.
- 44 7. Im Interesse der Patientinnen und Patienten ist der geplante Ausbau der
45 sektorenübergreifenden Versorgung mit einheitlichen Qualitätsstandards zu begrüßen.
46 Dieses Ziel kann jedoch nur erreicht werden, wenn die von den niedergelassenen Ärztinnen
47 und Ärzte getragenen Strukturen der ambulanten Versorgung nicht beeinträchtigt werden.
- 48 8. Eine hochwertige stationäre Versorgung gibt es nur, wenn dafür genug Personal zur
49 Verfügung steht. Wir fordern daher bundesweit u.a. eine ausreichende Zahl von
50 Studienplätzen im Bereich Humanmedizin, deren Einrichtung durch den Bund mitfinanziert
51 wird oder durch eine Umverteilung von Umsatzsteuerpunkten zugunsten der Länder
52 erreicht werden kann. Zudem sehen wir die Notwendigkeit einer Neubewertung des
53 Stellenwertes des Numerus Clausus als Zulassungskriterium sowie einer Quotierung von
54 Studienplätzen speziell für die Abdeckung des ländlichen Raums. Des Weiteren wollen wir
55 alles dafür tun, um mehr Menschen für einen Pflegeberuf zu begeistern. Dazu müssen die
56 Rahmenbedingungen weiter verbessert werden z.B. durch verlässliche Arbeitszeiten, durch
57 Springerkonzepte und deren unbürokratische Umsetzung. Die Bezahlung muss durch die
58 komplette Steuerfreiheit von Nacht-, Sonn- und Feiertagszuschlägen verbessert werden,
59 damit Pflegenden mehr Netto vom Brutto verbleibt. Nötig sind auch finanzielle Anreize,
60 wenn Großeltern, Familie oder Freunde die Betreuung der Kinder zu ungünstigen
61 Dienstzeiten übernehmen und so den Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegeberufen
62 eine Rückkehr in ihren Beruf, insbesondere nach einer Familienzeit, erleichtern. Ebenso soll

63 die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse im Gesundheitswesen beschleunigt
64 werden.

65 9. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts zur potentiellen Sozialversicherungspflicht der
66 sogenannten Pool-Ärztinnen und Pool-Ärzte bedroht vielerorts massiv nicht nur den
67 ärztlichen Bereitschaftsdienst, sondern gleichermaßen die ambulante
68 vertrags(zahn)ärztliche Versorgung insgesamt. Um Schaden von den Patientinnen und
69 Patienten abzuwenden und um zu vermeiden, dass aus der in vielen Ländern bereits
70 angekündigten Reduzierung des Einsatzes von Pool-Ärztinnen und Pool-Ärzten weitere
71 Belastungen der ohnehin schon zu stark frequentierten Notaufnahmen der Krankenhäuser
72 resultieren, muss der Bund jetzt unverzüglich eine gesetzliche Regelung treffen, die auch
73 zukünftig bürokratiearm und kostengünstig die Tätigkeit von Pool-Ärztinnen und Pool-
74 Ärzten ermöglicht.