



Christliche Krankenhäuser  
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

## Stellungnahme

**des Katholischen Krankenhausverbands  
Deutschlands e. V. (KKVD)**

und

**des Deutschen Evangelischen  
Krankenhausverbandes e. V. (DEKV)**

**zu drei Aspekten**

**des Entwurfs**

**eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungs-  
strukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)**

**Berlin und Freiburg i. Br., 3. November 2011**



Die Fachverbände von Caritas + Diakonie



DEKV Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.  
Reinhardtstraße 18 | 10117 Berlin  
Telefon: 030. 80 19 86 - 0 | Fax: 030. 80 19 86 - 22  
E-Mail: [info@dekv-ev.de](mailto:info@dekv-ev.de) | [www.dekv-ev.de](http://www.dekv-ev.de)

KKVD Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.  
Reinhardtstraße 13 | 10117 Berlin  
Telefon: 030. 28 44 47 30 | Fax: 0761. 200 - 609  
E-Mail: [kkvd@caritas.de](mailto:kkvd@caritas.de) | [www.kkvd.de](http://www.kkvd.de)

## Übersicht

|  |    |
|--|----|
| <b>Das Wesentliche in Kürze</b>  | 3  |
| <b>I. Regelungsbedarf im Zusammenhang mit dem Auslaufen des Pflegeförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG</b>   | 4  |
| Regelungsbedarf in § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG im Blick auf eine sachgerechte Verteilung der durch das Pflegeförderprogramm zusätzlich zur Vergütung ab 2012 bereitgestellten Mittel | 5  |
| <i>Eine sachgerechte Verteilung der durch das Pflegeförderprogramm zusätzlich zur Vergütung ab 2012 bereitgestellten Mittel im DRG-System sicherstellen</i>                          |    |
| Regelungslücke in § 6 Abs. 1 Satz 4 BPflV - Ergänzung zu Art. 8 GKV-VStG   | 4  |
| <i>Die Finanzierung von im Rahmen des Förderprogramms zur Verbesserung des Pflegepersonals geschaffenen Stellen in Besonderen Einrichtungen sicherstellen</i>                        |    |
| <b>2. Zu den vorgesehenen Neuregelungen hinsichtlich Gründung und Betrieb von MVZ</b>  | 7  |
| Potenziale von MVZ für die Sicherstellung der Versorgung nutzen  | 7  |
| <i>Krankenhäuser gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen stärken</i>   |    |
| Regelungsvorschlag zu § 95 Abs. 1a (neu) SGB V - zu Art. 1, Nr. 31 GKV-VStG  | 8  |
| <i>Trägerschaft und Rechtsform von MVZ unter Gemeinnützigkeitsgesichtspunkten regeln</i>   |    |
| Regelungsvorschlag zu § 95 Abs. 1, 6 (neu) SGB V – zu Art. 1, Nr. 31 GKV-VStG  | 9  |
| <i>Ärztliche Leitung in MVZ praktikabel und unkompliziert umsetzen</i>   |    |
| Regelungsvorschlag zu § 103 Abs. 4d (neu) Satz 1 letzter Halbsatz SGB V - zu Art. 1, Nr. 36 GKV-VStG   | 9  |
| <i>MVZ und Vertragsärzte bei der Übernahme und Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen gleich behandeln</i>   |    |
| Regelungsvorschlag zu § 103 Abs. 4d (neu) Satz 3ff SGB V - zu Art. 1, Nr. 36 GKV-VStG  | 10 |
| <i>Krankenhäuser und Vertragsärzte bei der Übernahme und Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen gleich behandeln</i>   |    |
| <b>3. Zuwendung zu Patienten sichern: Krankenhäuser besser refinanzieren</b>   | 11 |
| Nicht länger zu Lasten des Personals und der Personalausstattung sparen  | 11 |
| Berücksichtigung tarifbedingter Personalkostensteigerungen über die Obergrenze nach § 10 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG hinaus (Tariferhöhungsrate)   | 12 |
| Rücknahme der durch das GKV-FinG verordneten Kürzungen der Vergütungen   | 12 |
| Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V durch den Orientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG  | 13 |

## **Das Wesentliche in Kürze**

### **1. Regelungsbedarf im Zusammenhang mit dem Auslaufen des Pflegeförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG**

- 1.1 *Der Entwurf des GKV-VStG ist um eine Regelung in § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG zu ergänzen, die sicherstellt, dass die Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Einrichtungen, die in den Jahren 2009-2011 Mittel aus dem Pflegeförderungsprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG in Anspruch genommen und entsprechend zusätzliche Stellen im Pflegebereich geschaffen oder bestehende Teilzeitstellen aufgestockt haben, nicht wieder rückgängig gemacht werden muss.*
- 1.2 *Der Entwurf des GKV-VStG ist um die Aufnahme eines weiteren Tatbestands in § 6 Abs. 1 Satz 4 BpflV zu ergänzen, wodurch sichergestellt wird, dass auch Besondere Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG ab 2012 auf Grund eines bei ihnen entstehenden erhöhten pflegerischen Aufwands zusätzliche Mittel zur Refinanzierung von Stellen erhalten, die im Rahmen des Pflegeförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG gefördert worden sind.*

### **2. Zu den vorgesehenen Neuregelungen hinsichtlich Gründung und Betrieb von MVZ**

- 2.1 *Gründung, Betrieb und Weiterentwicklung von MVZ, gerade auch in Verbindung mit Krankenhäusern, zu fördern, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, muss ein vorrangiges Ziel des GKV-VStG sein. Ebenso muss die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz von Krankenhäusern als Trägern von MVZ in den genannten Regionen hohe Priorität haben, da sie bereits heute ein wesentlicher Stützpfiler der medizinischen Versorgung, auch mit ambulanten Leistungen, in ihrer Region sind.*
- 2.2 *Gemeinnützige Träger, insbesondere gemeinnützige Krankenhäuser, dürfen hinsichtlich der Gründung, des Betriebs und der Weiterentwicklung von MVZ keinerlei Beschränkungen unterworfen werden. Gemeinnützige MVZ sollen in jeder mit der Gemeinnützigkeit vereinbaren Rechtsform gegründet und betrieben werden können.*
- 2.3 *Die Forderung der Tätigkeit bzw. Anstellung des ärztlichen Leiters im jeweiligen MVZ wird fallen gelassen. MVZ werden in § 95 Abs. 1 SGB V präziser als „Einrichtungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen“, definiert.*
- 2.4 *Kriterium für die Übernahme von Vertragsarztsitzen bzw. Zulassungen durch MVZ oder andere Ärzte muss die Gewährleistung und Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung sein. Andere „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“ dürfen nicht maßgeblich sein.*
- 2.5 *MVZ, bei denen die Mehrheit der Gesellschafts- und Stimmanteile nicht bei Ärzten liegt, dürfen im Zusammenhang mit der Übernahme von freigewordenen Vertragsarztsitzen gegenüber anderen Bewerbern, d. h. Vertragsärzten und MVZ in mehrheitlich ärztlichem Besitz, denen hier ein Vorkaufsrecht eingeräumt werden soll, künftig nicht benachteiligt werden.*

### **3. Zuwendung zu Patienten sichern: Krankenhäuser besser refinanzieren**

- 3.1 *Die Krankenhäuser müssen durch eine auskömmliche Refinanzierung in die Lage versetzt werden, eine qualitativ hochwertige, von Respekt, Aufmerksamkeit und Sensibilität geprägte Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten leisten und sichern zu können. Dazu bedarf es der Einstellung zusätzlicher Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte, um die Arbeit auf mehr Schultern verteilen und den Patientinnen und Patienten die gebotene Zuwendung bieten zu können.*
- 3.2 *Die für 2012 absehbaren, über der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V liegenden Personalkostensteigerungen müssen für die Vergütung der Krankenhäuser durch eine Erhöhungsrate entsprechend der Regelung des KHRG für 2008 und 2009 angemessen berücksichtigt werden.*
- 3.3 *Erforderlich ist die Rücknahme der durch das GKV-FinG verordneten Vergütungskürzungen für 2012.*
- 3.4 *Das GKV-VStG sollte zum Anlass genommen, endlich die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V durch den Orientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG abzulösen.*

**I. Regelungsbedarf im Zusammenhang mit dem Auslaufen des Pflegeförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG**

**I.1 Korrekturbedarf in § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG - Ergänzung zu Art. 7 GKV-VStG**

**Eine sachgerechte Verteilung der durch das Pflegeförderprogramm zusätzlich zur Vergütung ab 2012 bereitgestellten Mittel im DRG-System sicherstellen**

**Der Entwurf des GKV-VStG ist um eine Regelung in § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG zu ergänzen, die sicherstellt, dass die Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Einrichtungen, die in den Jahren 2009-2011 Mittel aus dem Pflegeförderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG in Anspruch genommen und entsprechend zusätzliche Stellen im Pflegebereich geschaffen oder bestehende Teilzeitstellen aufgestockt haben, nicht wieder rückgängig gemacht werden muss.**

Regelungsvorschlag zu § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG (Alternative)

Anstelle von § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG treten die Sätze 14-18:

„<sup>14</sup> Ab dem Jahr 2012 werden diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen. <sup>15</sup> Im Jahr 2012 werden zunächst 50 % (25 %) dieser Mittel entsprechend geeigneter, vom DRG-Institut entwickelter Kriterien verteilt. <sup>16</sup> 50 % (25 %) werden den Krankenhäusern, die das Pflegeförderprogramm in Anspruch genommen haben, entsprechend dem Anteil der auf sie entfallenden Mittel an den insgesamt zur Verfügung gestellten Mitteln in Form eines Zuschlags auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a zur Verfügung gestellt. <sup>17</sup> Der Anteil nach Satz 15 wird in den folgenden Jahren um jeweils weitere 10 % (25 %) erhöht, so dass er sich im Jahr 2017 (2015) auf 100 % beläuft, der Anteil nach Satz 16 wird in den folgenden Jahren entsprechend um abgesenkt und entfällt ab dem Jahr 2017 (2015). <sup>18</sup> Der Betrag der Mittel nach Satz 14 wird jährlich um die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhöht.“

Ziel des Pflegeförderprogramms war es, die infolge kontinuierlichen Stellenabbaus grundsätzlich als problematisch erkannte Situation im Pflegebereich zu verbessern und deshalb insgesamt eine bessere personelle Ausstattung zu ermöglichen. Die dafür zur Verfügung gestellten Mittel sollten allen Krankenhäusern und allen Pflegebereichen eines Krankenhauses zu Gute kommen können, nicht nur denen, in denen ein erhöhter pflegerischer Aufwand anfällt. Entsprechend sind die Mittel von der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser auch in Anspruch genommen und eingesetzt worden.

Mit dem Auslaufen des Förderprogramms und der vorgesehenen Überführung der dafür bereitgestellten Mittel in das DRG-Vergütungssystem wird nun deutlich, dass die Umsetzung der geltenden Vorschrift in § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG, wonach die Mittel „zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden (sollen), die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen“, tatsächlich eine Umwidmung dieser Mittel bedeutet. Zugleich wird deutlich, dass in Folge dieser Umwidmung und Neuverteilung die überwiegende Zahl der Krankenhäuser, die bisher Mittel aus dem Pflegeförderprogramm erhalten haben und zusätzliche Stellen im Pflegebereich geschaffen haben, im Vergleich zum gegenwärtigen Stand ab 2012 nur noch einen deutlich reduzierten Teil dieser Mittel erhalten werden.

Der Grund liegt darin, dass ein erhöhter pflegerischer Aufwand, wie er künftig durch den sogenannten Pflege-Komplexmaßnahmen-Score erfasst werden soll, nur für einen kleinen Teil der erbrachten Leistungen eines Krankenhauses nachgewiesen und in Anschlag gebracht werden kann. Das Pflegeförderprogramm ist aber nicht im Blick auf Krankenhäuser aufgelegt worden, die einen überdurchschnittlichen Anteil von mit besonders hohem Pflegeaufwand verbundenen Leistungen aufweisen, sondern im Blick auf eine allgemeine Verbesserung der personellen Besetzung im Pflegebereich in allen Krankenhäusern.

Krankenhäuser mit einem hohen Anteil von Patienten, deren Behandlung einen entsprechend erhöhten pflegerischen Aufwand verursacht, werden unter diesen Umständen von den neuen Kriterien zur Verteilung der Mittel aus dem Pflegeförderprogramm profitieren. Eine große Zahl von Krankenhäusern, die das Pflegeförderprogramm genutzt haben, um seiner Intention entsprechend durch Schaffung zusätzlicher Stellen zur dringend notwendigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflege beizutragen und die allgemeine pflegerische Versorgung zu verbessern, werden mit teilweise drastisch verringerten Mitteln auskommen müssen.

In der Folge werden diese Krankenhäuser die Stellen, die sie in den vergangenen Jahren dank des Pflegeförderprogramms zusätzlich geschaffen haben, wieder abbauen müssen. Die problematische Situation, die durch das Pflegeförderprogramm gerade überwunden werden sollte, würde wieder aufleben. Das kann unserer Überzeugung nach keinesfalls im Sinne des Gesetzgebers sein.

Grundsätzlich sollen die DRG-Vergütungen so bemessen sein, dass dadurch eine sachgerechte personelle Besetzung im Pflegebereich refinanziert werden kann. Insofern wären die durch das Pflegeförderprogramm zusätzlich bereitgestellten Mittel über alle DRG-Entgelte den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Kurzfristig umgesetzt würde das ebenfalls dazu führen, dass die Krankenhäuser, die in den vergangenen Jahren diese Mittel zusätzlich in Anspruch genommen haben, mehr oder weniger starke Vergütungseinbußen hinnehmen müssten.

Eine bessere Vergütung von besonders pflegeaufwändigen Leistungen ist gleichwohl grundsätzlich zu begrüßen und begründet. Insofern ist die Absicht des Gesetzgebers berechtigt, die Mittel aus dem Pflegeförderprogramm zielgerichtet den Bereichen zukommen zu lassen, in denen ein besonders hoher pflegerischer Aufwand anfällt. Die bisher geplante Umsetzung dieses Vorhabens mit sofortiger Wirkung führt aber zu erheblichen, nicht gerechtfertigten Nachteilen für eine Vielzahl von Krankenhäusern, die für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege Sorge getragen haben. Sie führt das Pflegeförderprogramm nachträglich ad absurdum.

Die in zwei Varianten vorgeschlagene Stufenlösung zeigt nach unserer Überzeugung einen vertretbaren Weg auf, wie die Umwidmung der Mittel aus dem Pflegeförderprogramm innerhalb eines Zeitraums von sechs bzw. vier Jahren erfolgen kann, ohne die in vielen Krankenhäusern neu geschaffenen Stellen im Pflegebereich und die damit verbesserten Arbeitsbedingungen zu gefährden.

## **I.2 Regelungslücke in § 6 Abs. 1 Satz 4 BpflV - Ergänzung zu Art. 7 GKV-VStG**

### **Die Finanzierung von im Rahmen des Förderprogramms zur Verbesserung des Pflegepersonals geschaffenen Stellen in Besonderen Einrichtungen sicherstellen**

*Der Entwurf des GKV-VStG ist um die Aufnahme eines weiteren Tatbestands in § 6 Abs. 1 Satz 4 BpflV zu ergänzen, wodurch sichergestellt wird, dass auch Besondere Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG ab 2012 auf Grund des bei ihnen entstehenden erhöhten pflegerischen Aufwands zusätzliche Mittel zur Refinanzierung von Stellen erhalten, die im Rahmen des Pflegeförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG gefördert worden sind.*

#### Regelungsvorschlag zu § 6 Abs. 1 Satz 4 BpflV

§ 6 Abs. 1 Satz 4 BpflV ist um eine neue Ziffer 7 (oder 9) zu ergänzen:

*„7. Kosten in Höhe der für das Jahr 2011 zur Refinanzierung von im Rahmen der Inanspruchnahme des Pflegeförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG eingerichteten zusätzlichen Stellen erhaltenen Mittel,“*

Unabhängig von einer stufenweisen oder einmaligen Überführung der im Rahmen des Pflegeförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG zur Verfügung gestellten Mittel ins DRG-Vergütungssystem gilt es, eine Lücke im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen zu schließen, um Besondere Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG nicht zu benachteiligen.

§ 10 Abs. 12 KHEntgG sieht vor, dass die Mittel, die den Krankenhäusern für im Rahmen des Pflegeförderprogramms nach Abs. 10 geförderte zusätzliche Stellen über einen Zuschlag zum Landesbasisfallwert zugeflossen sind, ab 2012 in den landesweiten Gesamtbetrag, der über den Landesbasisfallwert zur Vergütung der Krankenhausleistungen zur Verfügung steht, eingerechnet und somit bei der Berechnung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden. Sie sollen dann zielgenau Häusern zu Gute kommen, die einen erhöhten Pflegeaufwand nachweisen können, der die Einrichtung entsprechender zusätzlicher Stellen im Pflegebereich rechtfertigt.

Besondere Einrichtungen, deren Leistungen nicht über DRG-Vergütungen refinanziert werden, werden nach § 6 Abs. 3 KHEntgG vergütet. Für sie gelten die einschlägigen Regelungen nach § 6 BpflV. Diese sehen vor, dass der zu vereinbarende Gesamtbetrag für die Vergütungen im Vergleich zum Vorjahr höchstens um die Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V steigen darf, es sei denn, bestimmte Ausnahmetatbestände, die in § 6 Abs. 1 Satz 4 unter Ziff. 1-8 abschließend aufgeführt werden. Hier ist der Tatbestand der Einrichtung zusätzlicher Stellen im Pflegebereich auf Grundlage und aus Mitteln des Pflegeförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG jedoch nicht aufgeführt. Besondere Einrichtungen, etwa auf die Behandlung von Epilepsie-Kranken und Menschen mit schweren geistigen und mehrfachen Behinderungen spezialisierte Kliniken oder Abteilungen, die Mittel des Förderprogramms in Anspruch genommen und zusätzliche Stellen eingerichtet haben, können auf Grundlage der geltenden Bestimmungen die entsprechenden Mittel ab 2012 nicht mehr erhalten, weil sie in den vereinbarten Gesamtbeträgen für die Jahre 2009 – 2011 nicht enthalten sind, sondern zusätzlich gezahlt worden sind.

Dass gerade in diesen Einrichtungen ein erhöhter pflegerischer Aufwand entsteht und entsprechende Stellen mit gutem Grund eingerichtet worden sind, steht außer Frage. Ohne gesetzliche Nachbesserung müssten diese Stellen wieder abgebaut werden. Das widerspricht jedoch sowohl der mit der Einführung des Pflegeförderprogramms verbundenen Intention des Gesetzgebers als auch dem Ziel, erhöhten Pflegeaufwand zukünftig besser zu vergüten.

## 2. Zu Art I Nr. 31 und 36 GKV-VStG: Einschränkungen für Krankenhäuser durch Neuregelungen hinsichtlich Gründung und Betrieb von MVZ

### 2.1 Potenziale von MVZ für die Sicherstellung der Versorgung nutzen

**Gründung, Betrieb und Weiterentwicklung von MVZ, gerade auch in Verbindung mit Krankenhäusern, zu fördern, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, muss ein vorrangiges Ziel des GKV-VStG sein.**

MVZ bieten eine umfassende, Disziplinen übergreifende Versorgung an einem Ort, die in Verbindung mit Krankenhäusern eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung ermöglicht, den Bedarfen und Wünschen der Patientinnen und Patienten sehr entgegenkommt und darüber hinaus besonders wirtschaftlich ist.

MVZ haben sich als Versorgungsstruktur erwiesen, in der eine wachsende Zahl von Ärztinnen und Ärzten Rahmenbedingungen für ihre Arbeit vorfinden, die sie der Tätigkeit ausschließlich im Krankenhaus oder in eigener Praxis vorziehen. Zu nennen sind hier die Flexibilität hinsichtlich der Arbeitszeitgestaltung, die höhere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, sowie die erweiterten Möglichkeiten, gerade wenn ein MVZ sich in Trägerschaft eines Krankenhauses befindet, stationär und ambulant tätig sein zu können. Gerade in strukturschwachen Regionen erweisen sich MVZ, die hier in besonders starkem Maße von Krankenhäusern betrieben werden, als attraktive Arbeitsplätze für Ärztinnen und Ärzte und tragen wesentlich zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung bei. Gerade MVZ können deshalb dazu beitragen, dass der Anteil der an der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte steigt,

Die im GKV-VStG vorgesehenen Änderungen der Rahmenbedingungen für Gründung und Betrieb von MVZ sind nicht erforderlich, um die beschriebenen positiven Wirkungen von MVZ zu ermöglichen, zu sichern oder zu verbessern. Es ist vielmehr zu befürchten, dass gerade die vorgesehenen Einschränkungen für Krankenhäuser als Träger von MVZ den status quo und damit die Versorgungssicherheit- und -qualität gefährden werden.

**Im Sinne der Ziele des GKV-VStG muss die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz von Krankenhäusern als Trägern von MVZ in ländlichen und strukturschwachen Regionen hohe Priorität haben, da sie bereits heute ein wesentlicher Stützpfeiler der medizinischen Versorgung, auch mit ambulanten Leistungen, in ihrer Region sind.**

Eine stärkere Verlagerung von Leistungen, die bisher stationär erbracht werden, in den Bereich der ambulanten Versorgung ist unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll und ordnungspolitisch gewollt. Krankenhäuser als Wirtschaftsunternehmen müssen versuchen, wegfallende Leistungen und entsprechend ausbleibende Erträge zu kompensieren. Der Betrieb von MVZ, in denen diese Leistungen weiterhin und darüber hinaus weitere ambulante Leistungen erbracht werden können, stellt für Krankenhäuser eine unter Versorgungs- und wirtschaftlichen Gesichtspunkten sinnvolle Option dar. Das gilt insbesondere für Krankenhäuser in strukturschwachen und ländlichen Regionen, denen alternative Optionen der Leistungsausweitung, wie sie in Ballungsräumen realisiert werden können, in der Regel nicht zur Verfügung stehen.

Die geplanten Neuregelungen und Einschränkungen hinsichtlich Gründung und Betrieb von MVZ zu Lasten von Krankenhäusern setzen die Erfüllung dieser Funktion ohne Not aufs Spiel. Sie erschweren es Krankenhäusern allgemein, sich zu Gesundheitszentren weiter zu entwickeln, die für die Patienten ein umfassendes Versorgungsangebot zur Verfügung stellen.

## 2.2 Trägerschaft und Rechtsform von MVZ unter Gemeinnützigkeitsgesichtspunkten regeln

***Gemeinnützige Träger, insbesondere gemeinnützige Krankenhäuser, dürfen hinsichtlich der Gründung, des Betriebs und der Weiterentwicklung von MVZ keinerlei Beschränkungen unterworfen werden.***

Der Entwurf des GKV-VStG sieht vor, dass MVZ künftig nur noch von Vertragsärzten, Krankenhäusern und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen gemeinnützigen Einrichtungen gegründet werden können. Zugleich sollen sie künftig nur noch in der Rechtsform der GmbH oder der Personengesellschaft betrieben werden dürfen. Als wesentliche Begründung wird angeführt, dass Renditeinteressen der Betreiber nicht medizinische und Versorgungsgesichtspunkte dominieren sollen.

Hinsichtlich der Stichhaltigkeit dieser Begründung sind Zweifel angebracht. Denn sowohl Vertragsärzte wie Krankenhäuser müssen unternehmerisch handeln und können durchaus, abhängig von der persönlichen Einstellung oder den Interessen des Krankenhausträgers, ausgeprägte Renditeziele verfolgen. Zielführender dürfte dagegen sein, gemeinnützige MVZ bzw. MVZ in gemeinnütziger Trägerschaft zu fördern.

Wenn man dem Einfluss von Renditeinteressen auf unter medizinischen und Versorgungsgesichtspunkten zu treffende Entscheidungen in MVZ wirksam einen Riegel vorschieben will, muss man für MVZ die Gemeinnützigkeit fordern. Da das nicht verfassungskonform sein dürfte, sollte man den Betrieb von gemeinnützigen MVZ bzw. durch gemeinnützige Träger zumindest erleichtern und fördern, auf gar keinen Fall aber erschweren.

Es sind vor allem gemeinnützige Krankenhäuser, die als Träger gemeinnütziger MVZ in Frage kommen. Sie sind entsprechend den Vorgaben ihrer Satzungen dem Wohl der Menschen verpflichtet, denen ihre Leistungen zu Gute kommen. Das Gemeinnützigkeitsrecht verpflichtet sie zudem dazu, erwirtschaftete Überschüsse vollständig und zeitnah zur Verwirklichung des Satzungszweckes, d. h. für die Versorgung der Patienten einzusetzen. Diese dürfen nicht zu Gunsten ihrer Träger bzw. Gesellschafter ausgeschüttet werden.

Im Übrigen schließen die vorgesehenen Einschränkungen hinsichtlich der Trägerschaft bewährte und unter Versorgungsgesichtspunkten stellenweise unverzichtbare Träger wie z. B. nicht in der Rechtsform der GmbH geführte Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft oder auch Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen aus.

Regelungsvorschlag zu § 95 Abs. 1a (neu):

***MVZ können von Vertragsärzten, zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V, Einrichtungen nach § 111 und § 111a SGB V sowie von zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Einrichtungen in der Rechtsform der Personengesellschaft und der GmbH sowie als gemeinnützige Einrichtungen in jeder mit der Gemeinnützigkeit vereinbaren Rechtsform gegründet und betrieben werden.***



## 2.3 Ärztliche Leitung in MVZ praktikabel und unkompliziert umsetzen

MVZ sollen künftig nicht nur unter ärztlicher Leitung stehen, der ärztliche Leiter muss auch selbst im MVZ tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein. Ziel der Regelung ist es sicherzustellen, dass im realen Betrieb von MVZ fachlich-medizinische Gesichtspunkte und nicht sachfremde, etwa Renditeziele des Trägers bzw. Eigentümers zur Geltung kommen.

Die vorgesehene Regelung ist jedoch überflüssig: MVZ sind ohnehin Einrichtungen unter ärztlicher Leitung. Wo ärztliche Leitung wahrgenommen wird, ist sie grundsätzlich in medizinischen Fragen nicht weisungsgebunden. Die Regelung erschwert z. B. Krankenhäusern, die Träger mehrerer MVZ sind, einen möglichst wirtschaftlichen Betrieb dieser MVZ unter einer einheitlichen ärztlichen Leitung. Insofern käme es lediglich darauf an, das geltende Recht umzusetzen.

Regelungsvorschlag zu § 95 Abs. 1, 6 (neu) SGB V:

**Die Forderung der Tätigkeit bzw. Anstellung des ärztlichen Leiters im jeweiligen MVZ wird fallen gelassen.**

**MVZ werden in § 95 Abs. 1 SGB V präziser als „Einrichtungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen“, definiert (vgl. die Bestimmung für Krankenhäuser in § 108 Abs. 1).**

## 2.4 MVZ und Vertragsärzte bei der Übernahme und Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen gleich behandeln

**Kriterium für die Übernahme von Vertragsarztsitzen bzw. Zulassungen durch MVZ oder andere Ärzte muss die Gewährleistung und Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung sein. Andere „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“ dürfen nicht maßgeblich sein.**

MVZ sind unter dem Gesichtspunkt, die Versorgungsqualität insgesamt zu verbessern und den Wettbewerb um die beste Versorgungsqualität zu intensivieren, als gleichwertige neue Versorgungsstrukturen neben Einzelpraxen eingeführt worden. Sie haben sich als zukunftssträchtige Versorgungsstrukturen bewährt und sind bereits heute gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen unverzichtbar, um die Versorgung sicherzustellen. Sie erfreuen sich unter Ärztinnen und Ärzten immer noch zunehmenden Zuspruchs. Für Maßnahmen mit dem Ziel, die Zunahme von MVZ zu Gunsten von Einzelpraxen zu begrenzen, besteht kein Anlass.

Über die Vergabe eines Vertragsarztsitzes an ein MVZ oder einen Einzelbewerber sollen die Zulassungsausschüsse deshalb allein unter dem Gesichtspunkt entscheiden, welcher Bewerber voraussichtlich am ehesten die Gewähr bietet, dass die Patientenversorgung gesichert und verbessert und der Qualitätswettbewerb gestärkt wird.

Regelungsvorschlag zu § 103 Abs. 4d (neu) Satz 1 letzter Halbsatz SGB V:

Die einschränkende Bestimmung „wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“ entfällt.

## 2.5 Krankenhäuser und Vertragsärzte bei der Übernahme und Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen gleich behandeln

***MVZ, bei denen die Mehrheit der Gesellschafts- und Stimmanteile nicht bei Ärzten liegt, dürfen im Zusammenhang mit der Übernahme von freigewordenen Vertragsarztsitzen gegenüber anderen Bewerbern, d. h. Vertragsärzten und MVZ in mehrheitlich ärztlichem Besitz, denen hier ein Vorkaufsrecht eingeräumt wird, künftig nicht benachteiligt werden.***

Die Neuregelung soll ausdrücklich dem Schutz der Freiberuflichkeit dienen. Es kann doch aber davon ausgegangen werden, dass bereits der Zulassungsausschuss diesen Gesichtspunkt bei seiner Entscheidung berücksichtigt und diese im Übrigen unter dem Gesichtspunkt trifft, welcher Bewerber für einen freiwerdenden Vertragsarztsitz am ehesten zur Verbesserung und Sicherung der Versorgung beitragen wird.

Die Regelung betrifft insbesondere Krankenhäuser als Träger von MVZ, denen eine Weiterentwicklung bereits bestehender MVZ in ihrer Trägerschaft erschwert, wenn nicht im Einzelfall verwehrt werden würde. Gesichtspunkte der Verbesserung oder der Sicherung der Patientenversorgung spielen her im Gegensatz zur Intention des GKV-VStG insgesamt überhaupt keine Rolle. Wohl aber wird in Kauf genommen, dass z. B. der Ausbau fachübergreifender und verzahnter Versorgungsstrukturen an der Schnittstelle ambulant-stationär verhindert wird.

Im Übrigen ist die vorgesehene Benachteiligung von Krankenhäusern gegenüber Vertragsärzten als wettbewerbswidrig zu beurteilen.

Regelungsvorschlag zu § 103 Abs. 4d (neu) Satz 3ff SGB V:

Die vorgesehenen einschränkenden Neuregelungen entfallen.

### **3. Zuwendung zu Patienten sichern: Krankenhäuser besser refinanzieren**

#### **3.1 Nicht länger zu Lasten des Personals und der Personalausstattung sparen**

**Die Krankenhäuser müssen durch eine auskömmliche Refinanzierung in die Lage versetzt werden, eine qualitativ hochwertige, von Respekt, Aufmerksamkeit und Sensibilität geprägte Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten leisten und sichern zu können. Dazu bedarf es der Einstellung zusätzlicher Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte, um die Arbeit auf mehr Schultern verteilen und den Patientinnen und Patienten die gebotene Zuwendung bieten zu können.**

Der Gesetzentwurf stellt sich der Herausforderung des zunehmenden, regional unterschiedlich ausgeprägten Ärztemangels im vertragsärztlichen Bereich und fasst neben neuen Instrumenten und Regeln zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens u. a. Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie eine Erhöhung der Studienplätze an den medizinischen Fakultäten ins Auge.

Unberücksichtigt bleibt leider der Ärztemangel im stationären Bereich. Der Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, aber auch an Fachärzten, hat stellenweise bereits dramatische Züge angenommen. Betroffen sind nicht nur Kliniken in kleinen und mittleren Städten, sondern zunehmend auch in den Metropolen und Ballungsräumen. Der Grund dafür sind weniger zu niedrige Absolventenzahlen der medizinischen Fakultäten, als vielmehr die belastenden Arbeitsbedingungen in den Kliniken, nicht zuletzt die dafür mitursächliche knappe Personalausstattung.

In diesem Zusammenhang ist auch noch einmal auf die nach wie vor angespannte Situation im Pflegebereich hinzuweisen. Diese wird sich weiter verschärfen, wenn Kliniken, die hier durch Mittel aus dem Pflegeförderprogramm zusätzliche Stellen eingerichtet haben, die dafür zur Verfügung gestellten Mittel nicht mehr im bisherigen Umfang erhalten (s. o., zu I.).

Da die Personalkosten den größten Anteil an den Betriebsausgaben der Krankenhäuser beanspruchen, wirken sich Kürzungen der Vergütungen, die die Krankenhäuser für ihre Leistungen erhalten, erfahrungsgemäß vor allem auf diesen Bereich aus und führen zu Stellenabbau, weiterhin zunehmender Arbeitsverdichtung und entsprechend belastenden Arbeitsbedingungen mit den vorstehend skizzierten Folgen. Nicht zuletzt bleibt dabei die für eine qualitativ hochwertige, von Respekt, Aufmerksamkeit und Sensibilität geprägte Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie für den Behandlungserfolg unabdingbare Zuwendung auf der Strecke.

Um eine Versorgung, die den genannten Kriterien genügt, zu ermöglichen und zu sichern, bedarf es einer auskömmlichen Refinanzierung der Krankenhäuser, die seit Jahren mit Vergütungen auskommen müssen, die weit hinter den realen Kostenentwicklungen zurückbleiben und durch zusätzliche gesetzlich verordnete Kürzungen weiter gemindert werden.

Die Beschäftigten in den Krankenhäusern erwarten und verdienen ein klares Signal, dass ihr Beitrag zur Versorgung der kranken Bürgerinnen und Bürger gewürdigt wird.

### **3.2 Berücksichtigung tarifbedingter Personalkostensteigerungen über die Obergrenze nach § 10 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG hinaus (Tariferhöhungsrate)**

**Angesichts der absehbaren, über der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V liegenden Personalkostensteigerungen müssen die Krankenhäuser zusätzliche Mittel erhalten, um die ohnehin angespannte Personalsituation nicht durch weiteren Personalabbau und weitere Arbeitsverdichtung zusätzlich zu verschärfen und eine Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung zu vermeiden**

Wir fordern, nicht zuletzt angesichts der laufenden Tarifverhandlungen, die zu über der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V liegenden Personalkostensteigerungen führen werden, für 2012 die absehbaren tariflich bedingten Personalkostensteigerungen zu berücksichtigen und in vergleichbarer Weise wenigstens anteilmäßig zu refinanzieren, wie das bereits für die Jahre 2008 und 2009 durch das KHRG vorgesehen war.

Regelungsvorschlag zu § 10 Abs. 3 und 4 KHEntgG:

1. § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG wird ergänzt um die Worte  
„insbesondere tarifbedingte Personalkostensteigerungen,“
2. In § 10 Abs. 5 wird in Satz 1, 5 und 6 die Jahreszahl „2009“ durch die Jahreszahl „2012“ ersetzt; Satz 2 wird wie folgt formuliert:  
„Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 und der Tarifraten, die sich aus der durchschnittlichen Auswirkung der für das Jahr 2012 tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, berücksichtigt.“

### **3.2 Rücknahme der durch das GKV-FinG verordneten Vergütungskürzungen für Krankenhäuser**

Mit Hinweis auf die Personalsituation und die Arbeitsbedingungen in den Kliniken fordern wir dringend, auch die durch das GKV-FinG für 2012 angeordneten Vergütungskürzungen zurückzunehmen, insbesondere

- die Rücknahme der Verminderung der Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V um 0,5 Prozentpunkte und
- die Aufhebung des für gegenüber dem Vorjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigte Leistungen zu vereinbarenden Mehrleistungsabschlags gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG.

Eine Rücknahme der Kürzungen ist möglich und geboten, weil die seinerzeit zur Begründung herangezogene, voraussichtlich zu einem hohen Defizit führende Entwicklung der Einnahmen der GKV erfreulicherweise nicht eingetreten ist, sondern stattdessen zu einem Überschuss in Milliardenhöhe geführt hat. Zum anderen sieht das GKV-VStG die Zuweisung erheblicher zusätzlicher Mittel für den vertragsärztlichen Bereich vor.

### **3.3 Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V durch den Orientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG**

Außerdem fordern wir erneut, die bereits mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz nach § 10 Abs. 6 KHEntgG in Aussicht genommene Ablösung der bisherigen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V durch einen Orientierungswert, der die realen Kostenentwicklungen im Krankenhausbereich abbildet, endlich umzusetzen, und zwar mit Wirkung für das Jahr 2012.

Dazu unterbreiten wir nachfolgend einen konkreten Regelungsvorschlag.

#### Formulierungsvorschlag für die Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V durch einen Orientierungswert mit Wirkung für das Jahr 2012

Der Gesetzentwurf des GKV-VSG ist wie folgt zu ergänzen:

Artikel I – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - wird wie folgt geändert:

Nr. 11 – Änderung von § 71 - wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird nach den Worten „Absatz 3“ ein Komma gesetzt und folgende Worte werden eingefügt:

„für Leistungen der Krankenhäuser, die gemäß § 17 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vergütet werden, bei Anwendung des Orientierungswertes nach Absatz 3a“

b) Nach Absatz 3 wird ein neuer Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Das Statistische Bundesamt ermittelt bis zum 30. Juni eines jeden Jahres einen Orientierungswert für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate nach Absatz 3 berücksichtigt. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt bis zum 15. September eines jeden Jahres nach Anhörung der Länder durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung von § 10 Absatz 6 Satz des Krankenhausentgeltgesetzes den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswerts (Veränderungswert), der maßgeblich für die Begrenzung nach Absatz 2 Satz 1 ist. Der Veränderungswert wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht

In Artikel 6 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes wird eine neue Nr. 2. eingefügt.

2. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Worte „der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3“ werden ersetzt durch „des Veränderungswertes nach § 71 Abs. 3a Satz 2 und 3“

bb) Nach dem Wort „überschreiten“ werden das Semikolon und der folgende Halbsatz gestrichen.

b) Absatz 6 wird gestrichen.

Artikel 7 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung - wird um eine 2. Änderung ergänzt:

2. – Änderung von § 71 - wird wie folgt geändert:

§ 6 Absatz 1 Satz 3, 2. Halbsatz wird wie folgt neu gefasst:

„Maßstab ist der vom Bundesministerium für Gesundheit bestimmte Veränderungswert nach § 71 Absatz 3a in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

2. § 10 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

„Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ermittelt das Statistische Bundesamt jeweils bis zum 30. Juni eines jeden Jahres einen Orientierungswert für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berücksichtigt. Die Länder sind bei Änderungen der Systematik für die Ermittlung des Wertes einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt nach Anhörung der Länder durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates jeweils bis zum 15. September eines jeden Jahres den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswerts (Veränderungswert), der maßgeblich für die Begrenzung nach Absatz 4 Satz 1 ist. Der Veränderungswert darf die durchschnittliche Erhöhung der Vergütungen nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) nicht unterschreiten. Für die Bestimmung des erstmals für das Jahr 2012 maßgeblichen Veränderungswertes gelten die in Satz 1 und 3 genannten Fristen nicht.“



#### **CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 300.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

#### **FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 620 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.