

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)340(4.2)**

gel VB zur öffent Anh am  
19.05.2021 - Krankenhausfinanz  
14.05.2021



# Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.05.2021

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE  
„Systemwechsel im Krankenhaus –  
Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite“  
vom 26.01.2021,  
Bundestagsdrucksache 19/26168

GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
politik@gkv-spitzenverband.de  
www.gkv-spitzenverband.de



## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Zu den Forderungen der Fraktion DIE LINKE.....</b>	<b>4</b>
1 Abschaffung des DRG-Systems und Einführung der Selbstkostendeckung .....	4
2 Einführung eines Re-Kommunalisierungsfonds zur Entprivatisierung der Krankenhäuser ..	5
3 Bundesweite bedarfsgerechte Personalbemessung einführen .....	6
4 Selbstkostendeckung ausschließlich für eigene Beschäftigte .....	6
5 Etablierung eines Expertengremiums zur Erarbeitung neuer Ansätze einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung .....	7
6 Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung der Länder .....	8

## I. Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Antrag spricht sich die Fraktion DIE LINKE für eine grundlegende Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung aus, die sich an sozialstaatlichen Zielen orientiert. Dabei soll insbesondere das bestehende DRG-System abgeschafft und durch ein System der Selbstkostendeckung ersetzt werden. Darüber hinaus wird gefordert, die Finanzierung der Personalkosten in Krankenhäusern im Rahmen der Selbstkostendeckung neu zu strukturieren, den bestehenden Investitionsstau in den Krankenhäusern aufzulösen, die Krankenhausplanung bedarfsgerecht auszugestalten und ein bundesweites, bedarfsgerechtes und wissenschaftlich ermitteltes Personalbemessungsinstrument für alle Berufsgruppen im Krankenhaus einzuführen.

Auch der GKV-Spitzenverband sieht insbesondere die mangelnde Investitionsfinanzierung seitens der Länder und die damit einhergehende „Zweckentfremdung“ der Betriebsmittel zur Deckung des Investitionsbedarfs kritisch und begrüßt die vorgelegte Forderung zur zusätzlichen Bereitstellung von Investitionsmitteln. Neben den dringend erforderlichen Reformen der Investitionsfinanzierung und Krankenhausplanung begrüßt und unterstützt der GKV-Spitzenverband die geforderten Maßnahmen zur Festlegung einer bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung, die durch die Entwicklung eines wissenschaftlich entwickelten Personalbemessungsinstruments in Krankenhäusern erreicht werden kann. Die wesentliche Forderung nach Abschaffung des DRG-Systems und Hinwendung zu einem System der Selbstkostendeckung geht jedoch nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes in die falsche Richtung. Im Folgenden werden die wesentlichen Kernforderungen der Fraktion DIE LINKE kommentiert.

## **II. Zu den Forderungen der Fraktion DIE LINKE**

### **1 Abschaffung des DRG-Systems und Einführung der Selbstkostendeckung**

Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt in Deutschland seit mehr als 15 Jahren überwiegend durch DRG-Fallpauschalen. Inzwischen ist ein hochkomplexes System entstanden, das aber nicht zuletzt aufgrund der mangelhaften Strukturierung der Krankenhauslandschaft in die Kritik geraten ist. Unnötige Leistungsausweitung und eine weitgehend unstrukturierte Leistungserbringung werden allenthalben beklagt. Hinzu kommt in dem stark auf ärztliche Leistungen ausgerichteten DRG-System eine mangelnde Berücksichtigung pflegerischer Leistungen. Diese hat inzwischen zur separaten Finanzierung von Pflegekosten geführt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die leistungsorientierte Krankenhausvergütung im Grundsatz richtig. Die Einführung einer Selbstkostendeckung wird auch mit Blick auf die Erfahrungen der Vergangenheit sowie der aktuellen Erfahrungen im Bereich der Pflegekostenfinanzierung abgelehnt. Gleichwohl bedarf die DRG-Finanzierung in mehrfacher Hinsicht einer Weiterentwicklung, insbesondere eine stärkere Berücksichtigung von Vorhaltekosten an den für die Versorgung der Bevölkerung nachgewiesenermaßen wichtigsten Standorten sowie eine adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen.

#### **Stärkere Berücksichtigung von Vorhaltekosten**

Das deutsche Krankenhausfinanzierungssystem sah ursprünglich eine Finanzierung der Investitions- bzw. der Vorhaltekosten durch die Länder vor. Mehr als 20 % der Krankenhauskosten wurden in den 1970er-Jahren leistungsunabhängig via Investitionsfinanzierung von den Ländern getragen. Die Dominanz der Leistungsorientierung ist im Wesentlichen eine Folge der rückläufigen Investitionen der Länder. Es muss nunmehr diskutiert werden, in welchen Bereichen und über welche Finanzierungsmechanismen eine stärkere Vorhaltefinanzierung erfolgen kann. Komplementär müsste die leistungsorientierte Vergütung zurückgefahren werden. Die Finanzierung von Vorhaltekosten darf nicht dazu führen, dass auch die Existenzen der Krankenhäuser gesichert werden, die nicht bedarfsnotwendig sind.

#### **Differenzierte Vergütung für Versorgungstufen**

Ein einfaches Landkrankenhaus erfüllt andere Aufgaben als ein universitärer

Maximalversorger. Im DRG-System wird dies bislang berücksichtigt durch eine differenzierte Abbildung der Fallkomplexität. Es stellt sich aber die Frage, ob ergänzend eine Differenzierung der Fallerlöse, beispielsweise nach Versorgungsstufen und -funktion der Krankenhäuser, erfolgen sollte. Dies setzt allerdings eine bundeseinheitliche Definition solcher Versorgungsstufen voraus. Beispielhaft sei die differenzierte Finanzierung von Notfallstufen genannt. Diesen Ansatz, der zwischenzeitlich auch bei der Sicherstellung und bei den stationären Zentren verfolgt wird, gilt es, auf andere Bereiche zu übertragen.

Derzeit ist der monetäre Umfang solcher Vergütungskomponenten eher unbedeutend. Es ist zu untersuchen, inwiefern sich die Versorgung hinsichtlich Regionstypen, Entfernungsmaß und Bevölkerungsdichte unterscheidet. Auf Basis dieser Analysen sollten perspektivisch im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Versorgungsstufen definiert werden, denen die Krankenhäuser zugeordnet werden können. Zu jeder Versorgungsstufe sollte ein spezifisch zugeschnittener DRG-Leistungskatalog die Art der abrechenbaren Leistungen definieren. Zudem müssen für die Leistungsgruppen klare Kriterien zur Leistungserbringung (u. a. Mindestmengen, personelle Qualitätsvorgaben) bundeseinheitlich festgelegt werden. Das künftige DRG-Entgeltsystem würde so perspektivisch der Strukturierung der Krankenhauslandschaft nach Versorgungsstufen dienen.

### **Adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen**

Im Gefolge der Personaldiskussion in der Altenpflege hat sich die Politik entschieden, einen wesentlichen Eingriff in die Vergütungssystematik der Krankenhäuser vorzunehmen: Seit 2020 werden Pflegeleistungen außerhalb des DRG-Systems in einem Pflegebudget auf der Basis von Selbstkosten finanziert. Dieser Schritt ist in vielfacher Hinsicht problematisch, erzeugt insbesondere Anreize zur Unwirtschaftlichkeit (Doppelfinanzierung, „Pflegekraft putzt wieder Spiegel“ usw.). Geht man davon aus, dass die Pflegekosten kurzfristig nicht wieder in die DRG-Vergütung integriert werden, gilt es, Konzepte zur adäquaten Finanzierung der Pflegeleistungen zu entwickeln. Diese müssen nicht nur die Kosten für Pflegekräfte, sondern auch die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen und deren Qualität berücksichtigen. Dies kann nur auf der Basis einer digitalen Pflegedokumentation geschehen, die alsbald verbindlich eingeführt werden sollte.

## **2 Einführung eines Re-Kommunalisierungsfonds zur Entprivatisierung der Krankenhäuser**

Diese Forderungen sind insbesondere gesellschaftspolitischer Natur. Der GKV-Spitzenverband gibt daher hierzu keine Stellungnahme ab.

### **3 Bundesweite bedarfsgerechte Personalbemessung einführen**

Der GKV-Spitzenverband befürwortet das Vorhaben, eine bundesweite bedarfsgerechte, wissenschaftlich ermittelte gesetzliche Personalbemessung im Krankenhaus einzuführen. Insbesondere in der Pflege besteht ein eklatanter Mangel an Fachkräften, weshalb sich auch der GKV-Spitzenverband dafür einsetzt, einen Entwicklungsauftrag für ein Pflegepersonalbemessungsinstrument noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg zu bringen. Außerdem wird begrüßt, dass die aus der Personalbemessung resultierenden Vorgaben entsprechend eingehalten werden müssen und dass es im Falle von Verstößen zu Sanktionen, wie einer Leistungsmengenreduzierung, kommen soll.

### **4 Selbstkostendeckung ausschließlich für eigene Beschäftigte**

Die Fraktion DIE LINKE fordert die vollständige Refinanzierung der Personalkosten ausschließlich für eigene Beschäftigte, die unter Beachtung der tarifvertraglichen Regelungen eingesetzt werden. Der Einsatz von Dritten über angebotene Dienstleistungen durch Servicegesellschaften soll nur eingeschränkt für sachlich notwendige Fälle möglich sein, wie beispielsweise bei einem besonders hohen krankheitsbedingten Ausfall der krankenhauseigenen Beschäftigten.

Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, dass die Versicherten im Krankenhaus sicher und gut versorgt werden. Die Versorgung kann allerdings mit mehr Risiken für die Patientinnen und Patienten verbunden sein, wenn Tätigkeiten zu einem hohen Anteil durch häufig wechselnde Dritte durchgeführt werden, die lokale Gegebenheiten und Abläufe erst noch kennenlernen müssen. Der übermäßige Einsatz von Dritten wirkt sich zudem nachteilig auf die Arbeitsbedingungen der lokal Beschäftigten aus, was es zu vermeiden gilt. Der GKV-Spitzenverband unterstützt deshalb Maßnahmen, die den Anteil von Dritten in der Patientenversorgung reduzieren.

Die derzeitige gesetzliche Regelung zur Finanzierung des Pflegebudgets schränkt die Selbstkostendeckung bereits ein: Kosten für Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus (insbesondere Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes) können lediglich bis zur Tarifgrenze im Pflegebudget geltend gemacht werden. Vergütungen, die über das tarifvertragliche Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis hinausgehen, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten, sind nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen. Ein vollständiges Verbot des Einsatzes von externem Personal ist jedoch nicht sinnvoll. Aus Gründen des Patientenschutzes kann es zur Vermeidung von Belastungsspitzen sinnvoll sein, temporär

zusätzliches externes Personal in die Versorgung einzubeziehen.

## **5 Etablierung eines Expertengremiums zur Erarbeitung neuer Ansätze einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung**

Es ist anzumerken, dass im Pandemiejahr 2020 die an die Krankenhäuser gezahlten Bundesmittel die Landesmittel um den Faktor vier überstiegen. Dieses finanzielle Engagement des Bundes – gepaart mit bundesweiten Vorgaben – könnte möglicherweise die klassische Regulierung der Krankenhausversorgung fundamental ändern und künftig auch zu Umstrukturierungen in der Krankenhauslandschaft beitragen: Das Ergebnis der gegenwärtigen Krankenhausplanung ist weder qualitativ noch strukturell überzeugend. Die Tatsache, dass letztlich jeder Krankenhausträger selbst bestimmen kann, welchen Versorgungsauftrag er übernimmt, hat zu einem unkoordinierten Nebeneinander geführt, das auch mit dem Argument „Wahlfreiheit“ kaum noch gerechtfertigt werden kann. Das Leistungsgeschehen ist zu wenig konzentriert, um qualitativ gute Ergebnisse zu liefern. Bei Fachkräftemangel wird zudem qualifiziertes Personal an der falschen Stelle gebunden. Insbesondere in den Ballungsgebieten wäre ohne Einschränkung der Erreichbarkeit eine verbesserte stationäre Versorgung möglich. Die bestehende Krankenhausplanung der Länder löst dieses Problem aus zwei Gründen nicht: Zum einen berücksichtigen die Länder in der Regel nur die positiven Versorgungs- und Arbeitsmarkteffekte stationärer Kapazitäten, ignorieren aber weitestgehend die Finanzierungsfolgen und den Qualitätsaspekt. So sind Überkapazitäten und Parallelstrukturen entstanden. Zum anderen ist im Rechtssystem Deutschlands eine geplante Strukturanpassung und Leistungskonzentration im stationären Bereich nahezu unmöglich. Die autonomen Entscheidungen der Krankenhausträger sind eigentums-, wettbewerbs- bzw. kartellrechtlich geschützt. Ein planerischer Durchgriff der Länder zur Konzentration der Krankenhauskapazitäten ist rechtlich quasi nicht durchsetzbar. Da aufgrund der geringen Fördermittel eine Steuerung via Investitionsmittel nicht mehr funktioniert, müssen neue Wege beschritten werden.

Ein hoffnungsvoller erster Ansatz ist nach wie vor der Krankenhausstrukturfonds, der auf der Erkenntnis fußt, dass letztlich „nur der Träger selbst schließen kann“. Korrigiert werden müssen aber die Konstruktionsfehler des Fonds: Den Ländern wurde die zentrale Rolle der Mittelverteilung zugestanden, die Mittel werden nicht nach ihrem Zweck und nicht über Ländergrenzen hinweg priorisiert; die Mittelverwendung wurde verwässert, statt sie auf eine Strukturbereinigung zu konzentrieren. Der Krankenhausstrukturfonds sollte dem eigentlichen Ziel wieder näherkommen, nämlich überfällige strukturelle Anpassungen zu finanzieren. Betont werden muss, dass es bei einer notwendigen Strukturbereinigung nicht um das kleine

Krankenhaus auf dem Lande geht. Hier gilt es, bedarfsnotwendige Strukturen gezielt sicherzustellen.

Ein zweiter wesentlicher Schritt zur Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft sind bundesweit gültige Strukturvorgaben. Dieser Weg wird bereits bei Notfallstufen beschritten. Die Vorgaben sollten in der Regel bundesgesetzlich definiert und durch den G-BA konkretisiert werden und Voraussetzung für die Abrechenbarkeit von Krankenhausleistungen sein. Solche Vorgaben ermöglichen eine qualitativ höhere Versorgung und vermeiden tendenziell, dass jedes Krankenhaus grundsätzlich davon ausgeht, jede Leistung erbringen zu können. Mit Blick auf den Patientenschutz stellt sich die Frage, ob die Aussetzungsmöglichkeiten für Bundesländer noch zeitgemäß sind. Ignoriert werden darf dabei nicht, dass ein einfaches ländliches Krankenhaus andere Aufgaben als ein universitärer Maximalversorger erfüllt. Es existieren wesentliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der Behandlungsfälle als auch hinsichtlich der Behandlungsmethoden. Im bisherigen DRG-Fallpauschalensystem wird der Schweregrad differenziert und leistungsgerecht abgebildet. Das gilt nicht für die Vorhaltekosten. Mittlerweile existieren erste vielversprechende Finanzierungsansätze, diese bislang reine Leistungsorientierung durch entsprechend ausdifferenzierte Zu- und Abschläge typengerecht zu ergänzen. Wesentliches Ziel dabei ist die Konzentration der Leistungserbringung zur Erhöhung der Qualität. Sinnvoll sind bundeseinheitliche Festlegungen für Versorgungsstufen mit festgelegten Leistungsgruppen sowie personellen und strukturellen Kriterien.

Die geforderte Etablierung eines Expertengremiums zur „Demokratisierung der Krankenhausplanung“ wird vom GKV-Spitzenverband jedoch tendenziell kritisch bewertet, zumal aus der Forderung der Fraktion DIE LINKE nicht klar erkennbar ist, welche Rolle die vielen einzubeziehenden Akteure (beratend oder mitentscheidend) künftig einnehmen werden. Die Schaffung von Parallelstrukturen mit Akteuren, die divergierende Interessen verfolgen, erscheint nicht zielführend und lässt nicht klar erkennen, wie in den Beratungsprozessen des Expertengremiums sichergestellt werden kann, fundierte Vorschläge zur bedarfsgerechten Krankenhausplanung zu erarbeiten.

## **6 Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung der Länder**

Durch die fehlende Erfüllung der Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung seitens der Länder werden die Krankenhäuser fast ausschließlich über das DRG-System finanziert. Neben der „Zweckentfremdung“ der Betriebsmittel zur Deckung des Investitionsbedarfs führt dies insbesondere zu Problemen bei der Finanzierung von Vorhalteleistungen.

Es wurde schon darauf hingewiesen, dass im Pandemiejahr 2020 die Bundesmittel die



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.05.2021  
zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt  
Kostendruck und Profite“ vom 26.01.2021, Bundestagsdrucksache 19/26168  
Seite 9 von 9

Landesmittel deutlich überstiegen. Vor diesem Hintergrund begrüßt der GKV-Spitzenverband eine überfällige Anpassung der unzureichenden Landesinvestitionsfinanzierung.