

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)340(4.1)
gel VB zur öffentl. Anh. am
19.05.2021 - Krankenhaus
14.05.2021



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14.05.2021

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären
Krankenhausversorgung – Vergütungssystem,
Investitionsfinanzierung und Planung reformieren“
vom 23.03.2021,
Bundestagsdrucksache 19/27830**

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



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Zu den Forderungen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	4
1 Grundlegende Reform der Betriebskostenfinanzierung	4
2 Etablierung von Grundsätzen einer bedarfsgerechten Versorgungs- und Krankenhausplanung	5
3 Dauerhaft hälftige Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung	7
4 Energetischen und ökologischen Wandel in Krankenhäusern fördern	7
5 Berücksichtigung der Digitalisierung im Rahmen der Investitionskostenfinanzierung	7
6 Einführung eines wissenschaftlichen Pflegepersonalbemessungsinstrumentes in Krankenhäusern	8
7 Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten für verschiedene Qualifikationswege in der Pflege öffnen	9

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Antrag spricht sich für eine grundlegende Reform der Betriebskostenfinanzierung aus, die zukünftig eine am Versorgungsbedarf und an der Behandlungsqualität orientierte Vergütung avisiert. Neben der Einführung einer neuen Säule der Strukturfinanzierung, die die Finanzierung der bedarfsnotwendigen Vorhaltestrukturen in Krankenhäusern sicherstellen soll, sollen auch Reformen bei der Investitionsfinanzierung und der Krankenhausplanung erfolgen. Weitere Forderungen zielen auf die Förderung der pflegerischen Versorgungsqualität. Auf der Basis eines wissenschaftlich ausgearbeiteten Pflegepersonalbemessungsinstruments und durch die Gestaltung attraktiver Rahmenbedingungen sollen sowohl dem Pflegepersonalmangel begegnet als auch die pflegerische Versorgungsqualität verbessert werden.

Auch der GKV-Spitzenverband sieht insbesondere die mangelnde Investitionsfinanzierung seitens der Länder und die damit einhergehende „Zweckentfremdung“ der Betriebsmittelfinanzierung zur Deckung des Investitionsbedarfs kritisch und begrüßt die vorgelegten Forderungen zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenhausvergütung. Neben den dringend erforderlichen Reformen der Investitionsfinanzierung und Krankenhausplanung begrüßt und unterstützt der GKV-Spitzenverband die geforderten Maßnahmen zur Durchsetzung einer bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung durch die Entwicklung eines wissenschaftlich entwickelten Pflegepersonalbemessungsinstruments in Krankenhäusern. Im Folgenden werden die wesentlichen Kernforderungen kommentiert.

II. Zu den Forderungen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

1 Grundlegende Reform der Betriebskostenfinanzierung

Die Forderungen zu den Unterpunkten a) und b) werden gemeinsam beantwortet: Grundsätzlich sieht der GKV-Spitzenverband den Bedarf, leistungsunabhängige Vergütungskomponenten zu entwickeln und damit Teile der leistungsorientierten Krankenhausvergütung zu ersetzen. Die Idee eines fallzahlunabhängigen Vergütungsanteils (Strukturfinanzierung) in der Krankenhausfinanzierung ist daher zu begrüßen. Abgesehen davon bleibt die leistungsorientierte Krankenhausvergütung im Grundsatz unverändert richtig. Eine Überwälzung zusätzlicher, nicht leistungsbezogener Aufwände auf die Beitragszahlenden, beispielsweise in Form einer Selbstkostendeckung, kann keine nachhaltige Lösung sein.

Bereits heute existieren verschiedene Förderinstrumente, die eine Vorhaltung notwendiger Strukturen bei geringem Versorgungsbedarf gewährleisten sollen – etwa die Vergütung der Notfallstufen und die Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige Kliniken. Diese Instrumente erfüllen bereits den Zweck einer strukturellen Vorhaltefinanzierung. In der Zukunft zu entwickelnde, leistungsunabhängige Vergütungskomponenten für Krankenhäuser sollten sinnvoll an diese existierenden Förderinstrumente anknüpfen, diese aber bedarfsabhängig weiterentwickeln.

Demgemäß sollte sich eine leistungsunabhängige Vergütung an der potenziell zu versorgenden Bevölkerung orientieren. Die jeweilige Bevölkerungsstruktur definiert den gesellschaftlichen Auftrag eines Krankenhauses, der primär darin besteht, einen Teil der Bevölkerung in unterschiedlichen medizinischen Bereichen (wohnortnah) zu versorgen. Die Bedeutung eines Krankenhauses für die Gesellschaft wird somit über die potenziell zu versorgenden Patientinnen und Patienten und die hierfür wohnortnah verfügbaren Angebote und Vorhaltungen ermittelt.

Sichert ein Krankenhaus in einem medizinischen Fachgebiet (z. B. in der Kinder- und Jugendmedizin) die Versorgung von großen Teilen der Bevölkerung (d. h., übernimmt es als solitärer Versorger in einem bestimmten Fahrzeitgebiet eine hohe gesellschaftliche Verantwortung für wohnortnah zu erbringende Versorgungsleistungen), sollte ein Modell der Strukturfinanzierung sicherstellen, dass die personellen und technischen Mindestanforderungen in der Fachabteilung zur Deckung dieses Bedarfes auch finanziert werden. Dies soll garantieren, dass relevante Krankenhäuser in dieser Region erhalten werden, da die relative gesellschaftliche Bedeutung des Versorgers für die Region hoch ist.

Die angesprochenen Mindestanforderungen (z. B. Qualität und Quantität des Personals, technische Ausstattung) für einen medizinischen Bereich müssen auf Bundesebene definiert werden, um qualitative Unterschiede und daraus resultierende Versorgungsunterschiede zwischen den Bundesländern zu reduzieren.

In den oben geschilderten Fällen der Sicherstellung sowie der drohenden Unterversorgung sind Krankenhäuser bedarfsnotwendig, erfüllen also einen gewichtigen gesellschaftlichen Auftrag. Anders liegt der Fall, wenn ein Krankenhaus in einer Region agiert, in der der wohnortnahe Bedarf bestimmter medizinischer Fachbereiche durch eine Vielzahl an Versorgern (mehr als) gedeckt wird. Ein Modell der Strukturfinanzierung darf nicht dazu führen, dass auch die Existenzen der Krankenhäuser gesichert werden, die nicht primär bedarfsnotwendig sind. Diese Häuser sollten – entsprechend ihrer relativen Bedeutung für die wohnortnahe Versorgung – geringere Mittel aus der leistungsunabhängigen Strukturfinanzierung erhalten. Hierdurch sollen auch Anreize zur Zentralisierung bestimmter Leistungsbereiche in den Krankenhäusern gesetzt werden.

Bei bestimmten medizinischen Fachbereichen muss das Kriterium der Wohnortnähe eine untergeordnete Rolle für die Patientinnen und Patienten spielen. Hierzu zählen medizinische Fachbereiche, die hochspezialisierte oder hochkomplexe Leistungen erbringen. Auch dies ist in einem Modell zur Strukturfinanzierung zu berücksichtigen.

Insgesamt ist die Ergänzung einer zusätzlichen, leistungsunabhängigen Komponente zur Finanzierung der Krankenhäuser also zu begrüßen. Die Bedeutung eines Versorgers ergibt sich unserer Ansicht nach aus der Wohnortnähe, der Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten sowie dem Marktumfeld (alternative Versorger).

Die jeweilige Bedeutung eines Versorgers sollte bei der Umsetzung einer Strukturfinanzierung berücksichtigt werden.

2 Etablierung von Grundsätzen einer bedarfsgerechten Versorgungs- und Krankenhausplanung

Der GKV–Spitzenverband stimmt dem Anliegen der Reformierung der bisherigen Krankenhausplanung zu und sieht ebenfalls einen großen Bedarf, die Krankenhausstrukturen zukunftsweisend zu gestalten.

Das Ergebnis der gegenwärtigen Krankenhausplanung ist weder qualitativ noch strukturell überzeugend. Die Tatsache, dass letztlich jeder Krankenhausträger selbst bestimmt, 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, dessen Förderansatz davon ausgeht, dass „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 die 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 Strukturierung der Krankenhauslandschaft sind bundesweit gültige Strukturvorgaben. Dieser Weg wird bereits bei den Notfallstufen beschritten. Die Vorgaben sollten in der Regel bundesgesetzlich definiert und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (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.

3 Dauerhaft hälftige Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung

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.

Anzumerken ist, dass im Pandemiejahr 2020 die Bundesmittel die Landesmittel um den Faktor vier überstiegen. Das finanzielle Engagement des Bundes – gepaart mit bundesweiten Vorgaben – könnte möglicherweise die klassische Regulierung der Krankenhausversorgung fundamental ändern. Vor diesem Hintergrund begrüßt der GKV-Spitzenverband eine überfällige Anpassung der unzureichenden Landesinvestitionsfinanzierung. Wesentlich ist, dass die Mittel des Bundes künftig insbesondere die notwendigen Strukturreformen unterstützen, d.h. Zentralisierung und Ambulantisierung von stationären Leistungen befördern.

4 Energetischen und ökologischen Wandel in Krankenhäusern fördern

Vor dem Hintergrund des Klimawandels sollen im Zuge der Investitionsfinanzierung auf allen Ebenen im Krankenhaus energetische und ökologisch nachhaltige Konzepte umgesetzt werden. Um die Organisation Krankenhaus auf verschiedenen Ebenen nachhaltiger und für die Krankenhäuser auch finanzierbar umzugestalten, sollten bei einer Reform der Investitionsfinanzierung die jeweils geltenden Klima- und Umweltschutzregularien befolgt werden.

5 Berücksichtigung der Digitalisierung im Rahmen der Investitionskostenfinanzierung

Der Nachholbedarf an Investitionen in die digitale Infrastruktur in deutschen Krankenhäusern ist unbestritten – ebenso der zu erwartende Nutzen im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsprozesse und -qualität. Dieser Gedanke lag bereits dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) zugrunde und mündete in einem großangelegten Förderprogramm, dem Krankenhauszukunftsfonds. Mit dem Programm werden digitale

Services und Lösungen gefördert, die die Behandlungssicherheit erhöhen und zum effizienten Informationsaustausch entlang des Versorgungspfades einer Patientin bzw. eines Patienten beitragen. Ziel ist es, eine digitale, interoperable, qualitativ hochwertige Patientenversorgung sowohl im Krankenhaus als auch zwischen den Sektoren zu realisieren.

Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes erfolgt mit der Bereitstellung der insgesamt 4,3 Mrd. Euro die geforderte Anschubfinanzierung. Die verbindlichen Förderkriterien sollen Investitionen auf Basis einer umfassenden Digitalstrategie triggern (Einsatz von Standards/Interoperabilität, IT–Security, Einbindung TI usw.); die konkreten Fördertatbestände orientieren sich bereits eng an den Patienten– bzw. Mitarbeitendenbedarfen. Darüber hinaus ist eine Evaluation des Reifegrades integraler Bestandteil der Fördermaßnahme. Erste Ergebnisse sollen hierzu bereits 2023 zur Verfügung stehen. Damit wird es aktuelle und international vergleichbare Daten zum Einsatz und zur Nutzung digitaler Dienste in den Krankenhäusern geben. Diese sollten abgewartet werden, bevor eine neue, dediziert digitale Anschubfinanzierung aufgelegt wird.

Bis dahin ist durch geeignete Finanzierungsmechanismen sicherzustellen, dass analog zu den übrigen Infrastrukturinvestitionen sowohl fallbeziehbare, als auch nicht–fallbeziehbare digitale Dienste sicher betrieben und mit dem Stand der Technik weiterentwickelt werden können. Dabei sind potenzielle Produktivitätsgewinne mit zu berücksichtigen. Ebenso darf es keine Doppelfinanzierung von Maßnahmen geben, die beispielsweise bereits über den „Telematikzuschlag“ oder über „pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget“ finanziert werden.

Bei der Finanzierung ist zudem zu berücksichtigen, dass die Krankenhauslandschaft noch immer von kleinen Krankenhäusern dominiert wird, denen die notwendigen strukturellen Voraussetzungen für eine Patientenversorgung auf hohem Niveau fehlen und die auch die künftigen Anforderungen an IT–Sicherheit und digitale Vernetzung nicht erfüllen können. Somit liegt die Herausforderung darin, Investitionen in die Digitalisierung zu fördern, ohne dabei ineffiziente Krankenhausstrukturen zu konservieren.

6 Einführung eines wissenschaftlichen Pflegepersonalbemessungsinstrumentes in Krankenhäusern

Der GKV–Spitzenverband teilt die Auffassung, dass in Krankenhäusern ein wissenschaftlich zu entwickelndes Pflegepersonalbemessungsinstrument eingeführt werden sollte. Eine dem tatsächlichen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten entsprechende Personalausstattung trägt zu einer sicheren und guten Versorgung bei, die es anzustreben gilt. Die Personalbemessung auf Grundlage einer bundeseinheitlichen Terminologie mittels

Pflegediagnosen entspricht auch den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes. Durch die standardisierte Erfassung des Pflegebedarfs (Pflege-Assessment) und die pflegerische Leistungsdokumentation soll eine digital ableitbare Pflegepersonalbemessung ermöglicht werden. Zudem ist eine Überprüfung erforderlich, ob die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen dem Bedarf der Patientinnen und Patienten auch gerecht wurden. Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, die Anreize im Vergütungssystem so auszugestalten, dass Krankenhäuser langfristig in eine gute Pflege investieren.

Die mit dem Pflegepersonalbemessungsinstrument ermittelte erforderliche Personalausstattung sollte sodann auch erfüllt werden. Sind weniger Pflegepersonen als erforderlich vorhanden, dürfen nur die tatsächlich besetzten Pflegestellen finanziert werden. Die Finanzierung von Pflegepersonen kann demnach maximal bis zu der Höhe der ermittelten und dem Bedarf entsprechenden Personalausstattung erfolgen. Um die erforderliche Pflegepersonalausstattung langfristig sicherzustellen, können verpflichtende Ausbildungsquoten in Krankenhäusern, wie in der Begründung zum Antrag gefordert, eine Maßnahme im Kontext eines Maßnahmenbündels zur Gewinnung von Fachkräften sein. Der GKV-Spitzenverband befürwortet Maßnahmen, die darauf hinwirken, mehr Menschen für eine Ausbildung in der Pflege zu gewinnen und parallel die strukturellen Voraussetzungen für ausreichend Kapazitäten in der Ausbildung zu sichern.

7 Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten für verschiedene Qualifikationswege in der Pflege öffnen

Es soll die Übertragung der eigenverantwortlichen Ausübung von bestimmten heilkundlichen Tätigkeiten für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen nach internationalem Vorbild umgesetzt werden. Im Kern befürwortet der GKV-Spitzenverband dieses Anliegen. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollte jedoch bei einem solchen Ansatz darauf geachtet werden, dass ebenfalls den Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung die Perspektive eröffnet wird, ihre oft langjährige praktische Expertise wirksam in die Versorgung einzubringen. Es sollte einerseits die berufliche Durchlässigkeit für Menschen mit geringerer Ausgangsqualifikation gewahrt werden, andererseits sollten Weiterbildungen zur Erlangung entsprechender Qualifikationen sichergestellt werden.