



Ausarbeitung

**Krankenhausbehandlung als Leistung der
Gesetzlichen Krankenversicherung**

Leistungsumfang, Qualitätssicherung und Reformbestrebungen im
Bereich der Finanzierung

Krankenhausbehandlung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Leistungsumfang, Qualitätssicherung und Reformbestrebungen im Bereich der Finanzierung

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 031/22
Abschluss der Arbeit: 07.07.2022
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Grundlegende Regelungen zur Krankenhausbehandlung	5
2.1.	Krankenhausbehandlung als Leistung der GKV	5
2.1.1.	Leistungsumfang	5
2.1.2.	Wirtschaftlichkeitsgebot	6
2.1.3.	Beschränkung auf zugelassene Krankenhäuser	7
2.1.3.1.	Versorgungsvertrag	7
2.1.3.2.	Krankenhausplan	8
2.2.	Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	9
2.2.1.	Festlegung von Qualitätskriterien	9
2.2.2.	Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und Durchsetzungsmaßnahmen	11
3.	Reformbestrebungen im Bereich der Krankenhausfinanzierung	12
3.1.	Reformvorschläge	13
3.1.1.	Duales oder monistisches Finanzierungssystem	13
3.1.2.	Ansatzpunkte und Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung, zum Finanzierungssystem und zur Kosteneinsparung	15
3.1.2.1.	Sondergutachten der Monopolkommission	15
3.1.2.2.	Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesfinanzministerium	16
3.1.2.3.	Studie der Bertelsmann Stiftung	16
3.1.2.4.	Weitere Vorschläge	17
3.1.3.	Öffentliche Anhörung zum Thema Krankenhausfinanzierung im Gesundheitsausschuss im Mai 2021	18
3.1.3.1.	Positionen der antragstellenden Fraktionen	18
3.1.3.2.	Positionen ausgewählter Verbände	19

1. Einleitung

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach plant in Abstimmung mit einer Expertenkommission ab 2023 eine großangelegte Reform des Krankenhauswesens.¹ Die letzte große Strukturreform sei im Jahr 2002 mit dem Krankenhausstrukturgesetz erfolgt. Einige der damals eingeführten Neuerungen bedürften einer Aktualisierung, speziell das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG), das keine Versorgungsstufen vorsieht. Weiterhin müsse unter anderem auch die Notfallversorgung besser sichergestellt, der Pflegemangel behoben, die Finanzierung der Krankenhäuser neu strukturiert und die Krankenhausplanung neu aufgestellt werden.²

Die Expertenkommission befasst sich aktuell mit der Gesetzgebung zur Finanzierung von Pädiatrie und Geburtshilfe. Beide Bereiche müssten schnell finanziell anders ausgestaltet werden, als sie es heute seien. Dazu wird die Kommission in thematisch zugeschnittenen Arbeitsgruppen Vorschläge für die finanzielle Ausgestaltung erarbeiten. Auch Reformen zur Notfallversorgung sollten schnell erfolgen. Dabei werde es darum gehen, die Leitstellen, die Ersteinschätzung und auch die Rolle des Rettungsdienstes neu zu organisieren. Ziel sei es, eine bedarfsgerechte Struktur für die Notfallversorgung zu finden. In den genannten Bereichen sollen die Ergebnisse der Kommission noch in diesem Jahr vorliegen.³

Zuletzt hat die Monopolkommission, ein unabhängiges Beratungsgremium, das die Bundesregierung und die gesetzgebenden Körperschaften auf den Gebieten der Wettbewerbspolitik, des Wettbewerbsrechts und der Regulierung berät, ein Gutachten⁴ zur Krankenhausversorgung nach Corona veröffentlicht, in dem sie zahlreiche Vorschläge im Hinblick auf Reformen des Krankenhauswesens unterbreitet.

Um einen Überblick über die bestehenden Regelungen zu schaffen, werden im Folgenden die aktuellen Rechtsgrundlagen zur Gestaltung von medizinischer stationärer Versorgung in deutschen Krankenhäusern aufgeführt, insbesondere auch zur Bestimmung von Qualitätsanforderungen nach dem geltenden Recht. Außerdem soll ein Überblick über Reformvorschläge im Hinblick auf die Krankenhausfinanzierung gegeben werden.

1 Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Lauterbach: Krankenhausreform wird Schwerpunkt der nächsten Jahre, 2. Mai 2022, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/lauterbach-krankenhausreform-wird-schwerpunkt-der-naechsten-jahre.html>. Dieser und alle weiteren Internetnachweise wurden zuletzt am 5. Juli 2022 abgerufen.

2 Krankenhausreform: Lauterbach stellt Expertengremium vor, ärzteblatt.de, 2. Mai 2022, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133802/Krankenhausreform-Lauterbach-stellt-Expertengremium-vor>.

3 Krankenhausreform: Erstes Gesetz betrifft Finanzierung von Pädiatrie und Geburtshilfe, ärzteblatt.de, 1. Juni 2022, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/134712/Krankenhausreform-Erstes-Gesetz-betrifft-Finanzierung-von-Paediatric-und-Geburtshilfe>.

4 Monopolkommission, Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren, Sondergutachten 83 Gutachten gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB, Mai 2022, abrufbar unter https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/SG83_volltext.pdf.

2. Grundlegende Regelungen zur Krankenhausbehandlung

2.1. Krankenhausbehandlung als Leistung der GKV

Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)⁵ finden sich Regelungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie zu Grundanforderungen an die Qualitätssicherung in der Versorgung.

Nach § 135a Abs. 1 SGB V werden alle Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Krankenhausbehandlung zählt gemäß §§ 27 Abs. 1 Nr. 5 sowie 39 SGB V zu den Leistungen der GKV. Sie kann gemäß § 39 Abs. 1 SGB V vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden. SGB V

2.1.1. Leistungsumfang

Von der Krankenhausbehandlung umfasst sind nach § 39 Abs. 1 SGB V alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere die ärztliche Behandlung im Sinne von § 28 Abs. 1 SGB V, Krankenpflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung. Die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.

Welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV im Einzelnen übernommen werden, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA, vgl. § 91 SGB V) innerhalb des vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmens fest. Daneben nimmt er Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären medizinischen Versorgung wahr. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen.⁶ Er erfüllt seine Aufgaben im Wesentlichen durch den Beschluss von Richtlinien. Sie haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle gesetzlich Krankenversicherten und Akteure in der GKV rechtlich bindend. Bei seiner Aufgabenerfüllung steht der G-BA unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), vgl. § 91a SGB V.

Im Hinblick auf Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zulasten der GKV im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, regelt § 137c Abs. 1 SGB V, dass der G-BA auf Antrag überprüft, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ist der Nutzen einer Methode

5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung, Art. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969).

6 Gemeinsamer Bundesausschuss, Über den G-BA, Wer wir sind, Der Gemeinsame Bundesausschuss, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>.

nach dieser Überprüfung nicht hinreichend belegt und bietet sie nicht das Potenzial einer erforderlichen Handlungsalternative (wenn sie also schädlich oder unwirksam ist), legt der G-BA in einer Richtlinie fest, dass die Methode nicht als Leistung zulasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Ist der Nutzen noch nicht hinreichend belegt, besteht aber das Potenzial, dass die Methode eine erforderliche Behandlungsalternative darstellen kann, so beschließt der G-BA eine Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V. Solange der G-BA eine entsprechende Entscheidung noch nicht getroffen hat, dürfen Methoden, die ein solches Potenzial bieten, im Rahmen der Krankenhausbehandlung angewandt und von den Versicherten beansprucht werden, wenn die Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also medizinisch indiziert und notwendig ist, vgl. § 137c Abs. 3 SGB V.

Seine Richtlinie zur Krankenhausbehandlung mit einer Übersicht der ausgeschlossenen Behandlungsmethoden stellt der G-BA auf seiner Website zur Verfügung⁷, ebenso wie eine Richtlinie zur Krankenhauseinweisung⁸ sowie eine Übersicht der Verfahren beispielsweise nach § 137c Abs. 1 SGB V sowie § 137e SGB V.⁹

2.1.2. Wirtschaftlichkeitsgebot

Nach § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte hiernach nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 39 SGB V begründet einen Anspruch der Versicherten auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus im Einzelfall erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.¹⁰

7 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung) in der Fassung vom 21. März 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 (S. 4 466), zuletzt geändert am 17. Februar 2022 (BAnz AT 10.05.2022 B3) mit Wirkung zum 11. Mai 2022, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2814/KHMe-RL_2022-02-17_iK-2022-05-11.pdf.

8 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL) in der Neufassung vom 22. Januar 2015, (BAnz AT 29.04.2015 B2), zuletzt geändert am 16. März 2017 (BAnz AT 07.06.2017 B2) mit Wirkung zum 8. Juni 2017, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1406/KE-RL_2017-03-16_iK-2017-06-08.pdf.

9 G-BA, Bewertung und Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Verfahren nach §§ 135, 137c und 137e SGB V, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/>.

10 Bundessozialgericht (BSG), Großer Senat, Beschluss vom 25. September 2007 - GS 1/06.

Behandlungsbedürftigkeit liegt vor, wenn die bestehende Krankheit mit einer gewissen Aussicht auf Erfolg medizinisch behandelt werden kann.¹¹ So ist eine vollstationäre Behandlung etwa dann erforderlich, wenn die verfolgten Behandlungsziele ausschließlich mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses, also einer apparativen Mindestausstattung, geschultem Pflegepersonal und vor allem einem jederzeit rufbereiten Arzt¹², verfolgt werden können. Die sofortige Verfügbarkeit eines Arztes muss dabei Teil des Behandlungskonzepts sein; muss der Arzt nur bei plötzlich auftretenden Komplikationen eingreifen, ist keine Krankenhauspflege erforderlich, wenn bei ordnungsgemäßer Pflege mit gravierenden Komplikationen nur ausnahmsweise, also in größeren Zeitabständen zu rechnen ist.¹³ Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung zu beurteilen.¹⁴

2.1.3. Beschränkung auf zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen die Krankenhausbehandlung gemäß § 108 SGB V nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Zugelassene Krankenhäuser sind Hochschulkliniken nach den landesrechtlichen Vorschriften, Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, sowie Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag (vgl. § 109 SGB V) mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

2.1.3.1. Versorgungsvertrag

Der Versorgungsvertrag im Sinne des § 108 Nr. 3 SGB V kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhaus-träger zustande. Bei den Hochschulkliniken gilt die Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausplan als Abschluss des Versorgungsvertrages, der für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich ist. Die Vertragsparteien können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde – auch befristet – eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird. Enthält der Krankenhausplan keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart.

11 Knispel, Ulrich in: BeckOK Sozialrecht, 64. Edition, Stand 1. März 2022, SGB V § 39, Rn. 26.

12 vgl. BSG, Urteil vom 13. Mai.2004 - B 3 KR 18/03 R sowie BSG (3. Senat), Urteil vom 20. Januar 2005 – B 3 KR 9/03 R.

13 So bereits BSG, Urteil vom 12. November 1985 – 3 RK 33/84.

14 Vgl. etwa BSG (3. Senat), Urteil vom 10. April 2008 – B 3 KR 19/05 R.

Ausschlusskriterien im Hinblick auf den Abschluss eines Versorgungsvertrags sind es, wenn das Krankenhaus nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet, bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllt, oder für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

2.1.3.2. Krankenhausplan

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)¹⁵ sind die Länder verpflichtet, die wirtschaftliche Sicherung ihrer Krankenhäuser zu gewährleisten, damit die Bevölkerung in leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern bedarfsgerecht versorgt werden kann. Nach § 6 KHG stellen die Länder zu diesem Zweck Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. Nach § 6 Abs. 1a KHG sind Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V Bestandteil des Krankenhausplans. Durch Landesrecht kann nach § 6 Abs. 1a KHG die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden und können weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden. Die Einzelheiten der Krankenhausplanung unterliegen nach § 6 Abs. 4 KHG der Regelung durch das Landesrecht.

So richtet sich der Erlass des Krankenhausplans im Land Berlin nach § 6 des Landeskrankenhausgesetzes (LKG).¹⁶ Nach § 6 Abs. 1 LKG wird der Plan durch die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung in Abstimmung mit der Krankenhausplanung des Landes Brandenburg aufgestellt. Vor der Aufstellung des Krankenhausplans wird dem für Gesundheit zuständigen Ausschuss des Abgeordnetenhauses Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der Krankenhausplan wird vom Senat beschlossen, dem Abgeordnetenhaus von Berlin zur Kenntnis gegeben und im Internet veröffentlicht. Gemäß § 6 Abs. 2 LKG handelt es sich um einen Rahmenplan, der insbesondere eine Bedarfsanalyse enthält. Er benennt Versorgungsziele, Qualitätsanforderungen und die Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung, weist die Standorte der Krankenhäuser mit ihren Fachrichtungen aus und trifft krankenhausesbezogene Festlegungen zur Anzahl der standort- und abteilungsbezogenen Krankenhausbetten. Er weist die zur Notfallversorgung zugelassenen Krankenhäuser sowie die in § 2 Nummer 1a KHG und in § 11 LKG genannten Ausbildungsstätten aus, enthält medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leis-

15 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 3918).

16 Landeskrankenhausgesetz (LKG) vom 18. September 2011, Art. 1 des Gesetzes zur Neuregelung des Krankenhausrechts vom 18. September 2011 (GVBl. S. 483), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Juli 2021 (GVBl. S. 836).

tungsgeschehen und kann die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Krankenhäuser auch durch Zusammenarbeit und Aufgabenaufteilung untereinander die Versorgung sicherstellen können. Veröffentlicht wird der Krankenhausplan auf der Website des Landes Berlin.¹⁷

2.2. Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Gestaltungshoheit für die Qualitätssicherung in Krankenhäusern liegt nach §§ 136 ff. SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Richtlinien des G-BA sind auf dessen Website abrufbar.¹⁸

2.2.1. Festlegung von Qualitätskriterien

§ 136 bis 136c SGB V regeln die Bestimmung von Qualitätskriterien. Der G-BA bestimmt gemäß § 136 Abs. 1 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr.13 SGB V die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen.

Der G-BA fasst nach § 136b Abs. 1 SGB V für zugelassene Krankenhäuser auch Beschlüsse über

„1. die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte und der Psychotherapeuten,

2. einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses,

3. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser,

4. vier Leistungen oder Leistungsbereiche, zu denen Verträge nach § 110a mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen; bis zum 31. Dezember 2023 beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche.“

17 Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin, abrufbar unter https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/krankenhausplan_2020.pdf; für einen Überblick über die Krankenhauspläne der Länder siehe medconweb.de - Fachportal Medizincontrolling, Übersicht Krankenhausplan Bundesländer 2022, abrufbar unter <https://medconweb.de/blog/finanzierung/uebersicht-krankenhausplan-bundeslaender-2018/>.

18 G-BA, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/>.

Diese Beschlüsse sind nach § 136b Abs. 2 SGB V für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

Der G-BA hat beispielsweise nach § 136 b Abs. 1 Nr. 2 SGB V die Aufgabe, einen Katalog für planbare Leistungen zur Bestimmung von Mindestmengen zu erstellen.¹⁹ Die Bestimmung von Mindestmengen soll dazu dienen, besonders schwierige Eingriffe aus Gründen der Qualitätssicherung nur von solchen Kliniken durchführen zu lassen, deren Ärzteschaft damit ausreichend erfahren ist. Dazu benennt der G-BA planbare stationäre Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht. Für diese Leistungen legt er auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Mindestmengen je Ärztin und Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses fest.²⁰ Die Mindestmengenregelungen sind demnach für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser verbindlich. Es sind zehn Leistungen in der Anlage der Mindestmengenregelungen aufgeführt, für die der G-BA Mindestmengen festgelegt hat²¹:

- Lebertransplantation
- Nierentransplantation
- Komplexe Eingriffe in die Speiseröhre
- Komplexe Eingriffe in die Bauchspeicheldrüse
- Stammzellentransplantation
- Kniegelenk-Totalendoprothesen
- Koronarchirurgische Eingriffe
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1250 Gramm
- Chirurgische Behandlung des Brustkrebses
- Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen

Im Hinblick auf Mindestmengen prüft der G-BA gemäß § 136b Abs. 3 SGB V kontinuierlich die Evidenz zu bereits festgelegten Mindestmengen sowie die Evidenz für die Festlegung weiterer Mindestmengen und fasst innerhalb von zwei Jahren nach Aufnahme der Beratungen Beschlüsse über die Festlegung einer neuen oder zur Anpassung oder Bestätigung einer bereits bestehenden Mindestmenge. In den Beschlüssen kann der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere

19 Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R), zuletzt geändert am 16. Dezember 2021 (BAnz AT 02.02.2022 B2, BAnz AT 11.02.2022 B3, BAnz AT 23.02.2022 B1), in Kraft getreten am 1. Januar 2022, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2754/Mm-R_2021-12-16_iK-2022-01-01.pdf.

20 G-BA, Mindestmengen für Krankenhäuser, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>.

21 Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R), zuletzt geändert am 16. Dezember 2021 (BAnz AT 02.02.2022 B2, BAnz AT 11.02.2022 B3, BAnz AT 23.02.2022 B1), in Kraft getreten am 1. Januar 2022, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2754/Mm-R_2021-12-16_iK-2022-01-01.pdf.

„1. vorsehen, dass Leistungen nur bewirkt werden dürfen, wenn gleichzeitig Mindestmengen weiterer Leistungen erfüllt sind, sowie

2. gleichzeitig mit der Mindestmenge Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 festlegen.“

Außerdem sind zugelassene Krankenhäuser gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V dazu verpflichtet, den Verbänden der Krankenkassen strukturierte Qualitätsberichte vorzulegen. In diesen Berichten können Krankenhäuser darstellen, welche Ergebnisse sie bei ausgewählten Leistungen im Vergleich zu anderen Einrichtungen erzielt haben. Diese Berichte dienen vor allem der Information von Versicherten und Patienten über die Qualität und das Leistungsangebot des Krankenhauses im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung für die Entscheidung, welches Krankenhaus das richtige für die erforderliche Behandlung ist.²² Die Informationen aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser werden unter anderem auch in einer Online-Suchmaschine für Kliniken und Krankenhäuser in Deutschland verwendet. Bei der Suchmaschine „vdek-Kliniklotse“²³ handelt es sich um ein Angebot des Verbandes der Ersatzkassen e.V.²⁴ für Patienten zur Erhöhung der Transparenz im Bereich der stationären Versorgung.

Gemäß § 136c SGB V beschließt der G-BA auch Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Abs. 1a KHG Bestandteil des Krankenhausplans werden können, wenn dies nicht durch die Länder ausgeschlossen wurde, vgl. oben unter 2.1.3.2.

Nach § 136d SGB V hat der G-BA den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung.

2.2.2. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und Durchsetzungsmaßnahmen

Der G-BA ist darüber hinaus nach § 137 SGB V dazu ermächtigt, Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu treffen und Durchsetzungsmaßnahmen zu bestimmen. Er hat nach § 137 Abs. 1 SGB V zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qua-

22 Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 16. Dezember 2021 (BAnz AT 14.02.2022 B2), in Kraft getreten am 15. Februar 2022, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2753/Qb-R_2021-12-16_iK-2022-02-15.pdf.

23 Verband der Ersatzkassen, Kliniklotse, abrufbar unter <https://www.vdek-kliniklotse.de/>.

24 Verband der Ersatzkassen, Über den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), abrufbar unter https://www.vdek.com/ueber_uns.html.

litätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c SGB V festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere Vergütungsabschläge, der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nicht erfüllt sind, die Information Dritter über die Verstöße oder die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen sein.

Für die fachliche Entwicklung von entsprechenden Qualitätsverfahren arbeitet der G-BA nach §§ 137a, 137b SGB V gemeinsam mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).²⁵ Es liefert dem G-BA dauerhaft wissenschaftlich und methodisch fundierte Entscheidungsgrundlagen für Maßnahmen der Qualitätssicherung. Das IQTIG veröffentlichte zuletzt im Jahr 2019 im Auftrag des G-BA einen Qualitätsreport, der einen umfassenden Überblick über die Behandlungsqualität von Krankenhäusern in Deutschland enthält.²⁶

3. Reformbestrebungen im Bereich der Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland erfolgt nach dem dualen Finanzierungssystem, es wird zwischen Betriebskosten zum einen und Investitionskosten zum anderen unterschieden.²⁷ Die Betriebskosten werden von den Krankenkassen getragen und die Vergütung läuft über das DRG-System (Diagnosis Related Group). Das DRG-System ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem der allgemeinen Krankenhausleistungen, welches auf der Grundlage von § 17 b Abs. 1 und 3 KHG eingeführt wurde. Ein Fallpauschalenkatalog enthält ca. 1.200 verschiedene abrechenbare Fallpauschalen und ist das Kernelement des Vergütungssystems.²⁸ Seit 2020 werden die Kosten des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung nicht mehr über die Fallpauschale, sondern über ein flächendeckendes Pflegebudget vergütet.²⁹ Seit Inkrafttreten des Psych-Entgeltgesetzes (PsychEntG)³⁰ konnte für die

25 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, abrufbar unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/richtlinien-des-g-ba/>.

26 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Qualitätsreport, abrufbar unter https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Qualitaetsreport-2020_2021-02-11.pdf.

27 Szabados, Tibor, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Auflage 2018, KHG, § 4, Rn. 1.

28 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Fallpauschalen-Katalog 2021, abrufbar unter https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2021.

29 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Pflegebudget 2020, abrufbar unter https://www.g-drg.de/Pflegebudget_2020.

30 Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntG) vom 21. Juli 2012, BGBl. I S. 1613.

Bereiche der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ein eigenes Abrechnungssystem eingeführt werden (PEPP-System).³¹ Die Investitionskosten für Krankenhäuser werden gemäß § 4 Nr. 1 KHG im Wege der öffentlichen Förderung durch die Länder übernommen.

3.1. Reformvorschläge

Aufgrund steigender Kosten wird von verschiedenen Seiten eine Reform des Finanzierungssystems gefordert. Andere Stimmen setzen auf eine Qualitätssteigerung und Kosteneinsparung durch strukturelle Reformen wie die Bündelungen von Kompetenzen und die Zusammenlegung von Krankenhäusern.

3.1.1. Duales oder monistisches Finanzierungssystem

Bei **Huster/Kaltenborn**³² wird die Frage aufgeworfen, ob das duale Finanzierungssystem den Anforderungen einer stärkeren Wettbewerbsorientierung der Krankenhäuser entspreche. Es biete sich aus ökonomischer Sicht eher eine monistische Finanzierung an. Die Krankenkassen sollten die Gesamtfinanzierung der Krankenhauskosten über DRGs mit Investitionszuschlägen übernehmen. Die hierdurch für die Krankenkassen entstehenden zusätzlichen Kosten könnten beispielsweise über eine Aufstockung des Gesundheitsfonds durch zusätzliche Steuermittel oder über einen Verzicht auf die Erhebung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel ausgeglichen werden. Vorteile seien der flexible Zugang zu Investitionsmitteln ohne aufwändige Antragsverfahren, bei denen auch politische Erwägungen einfließen, die Schaffung eines stabilen und kalkulierbaren Vergütungssystems, die Optimierung von Investitionsentscheidungen durch simultane Berücksichtigung von Investitionskosten und laufenden Betriebskosten und die Möglichkeit der Stärkung des intersektoralen Wettbewerbs durch vergleichbarere Finanzierungssysteme etwa für ambulante und stationäre Behandlung. Die Umsetzung in der Praxis schätzt Huster jedoch als schwierig ein. Inwieweit die Bundesländer bereit seien, ihre Hoheit über die Krankenhausplanung und damit die Durchgriffsmöglichkeiten im Krankenhausmarkt aufzugeben bzw. zu schwächen, bleibe fraglich. Ebenso würden die Krankenkassen die zusätzliche Finanzierungslast mit erweiterten Eingriffsmöglichkeiten bei der Steuerung des Versorgungsangebots verknüpfen, was wiederum Gegenwind in der Krankenhauslandschaft hervorrufen würde.

Bei **Spickhoff**³³ wird gegen eine Fortsetzung der dualistischen Finanzierung angeführt, dass die staatliche Planung zu unflexibel sei, um wechselnden Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Der Wettbewerb im Krankenhaussektor werde so gehemmt. Es würden durch das bestehende Finanzierungssystem zwangsläufig vermeidbare Engpässe und Überkapazitäten produziert,

31 GKV-Spitzenverband sowie Verband der privaten Krankenversicherung e. V., gemeinsam, und Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, 30. November 2009, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_2009_11_23_Grundlagenvereinbarung_Psych-Entgeltsystem.pdf.

32 Wasem, Jürgen / Walendzik, Anke / Thomas, Dominik, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 1 Ökonomische und sozialpolitische Grundlagen des Krankenhausrechts Rn. 43-48.

33 Szabados, Tibor, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Auflage 2018, KHG, § 4, Rn. 1.

auf die nicht zeitnah reagiert werden könne. Auch im Zusammenhang mit dem Fallpauschalensystem bestünden Argumente zugunsten der Monistik. Die fallartenbezogene Bezahlung der Krankenhausrechnung errechne sich aus der tatsächlichen Nachfrage, die als Grundlage der strategischen Planung durch die Krankenhäuser exakter und bedarfsgerechter sei als die zentrale und oftmals bürokratische Krankenhausplanung. Spickhoff verweist aber auch auf aus seiner Sicht erhebliche Vorteile der dualistischen und staatlichen Planung gegenüber der monistischen Finanzierung. Durch die staatliche Planung werde weitestgehend eine flächendeckende Versorgung gewährleistet. Bei einer Abkehr von dieser Planung würde „*das Vorhalten von Betten in dünn besiedelten Regionen keinen Sinn mehr machen*“ und es wären zusätzliche Subventionen erforderlich. Eine abrupte Umstellung des Finanzierungssystems würde zudem die Beiträge der Krankenkassen enorm ansteigen lassen. Denkbar wäre ein Anstieg um den bestehenden Kostenanteil der Häuser plus Zuschlag für laufende und zukünftige Kosten.

Bei **Laufs/Kern/Rehborn**³⁴ wird zur Erleichterung der Einführung der monistischen Finanzierung gegen die Bedenken der Länder unter anderem die Schaffung eines Optionsmodells vorgeschlagen. Die Einführung der monistischen Finanzierung könne den einzelnen Ländern zur eigenen Entscheidung überlassen werden. Für die Länder, die von der Option Gebrauch machten, sei im Pflegesatzrecht die Einbeziehung der Investitionskosten zu regeln. Ein derartiges Optionsmodell einer monistischen Finanzierung habe den Vorteil, dass die monistisch orientierten Länder bei negativem Ausgang ihres Modellversuchs ohne Nachteil für das Gesamtsystem berechtigt wären, im Interesse der wirtschaftlichen Sicherung ihrer Krankenhäuser zur dualen Finanzierung zurückzukehren.

Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** hatte im Jahr 2009 in einem Positionspapier³⁵ zur Ausgestaltung des künftigen Ordnungsrahmens für Kliniken den Umstieg auf die monistische Finanzierung als Option genannt. Dies setze einen vollständigen Abbau des Investitionsstaus und eine vollständige Überleitung der bisher von den Bundesländern bereitgestellten Mittel voraus. Die Investitionskostenanteile müssten zudem den tatsächlichen Investitionsbedarf widerspiegeln, eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleisten und im Fallpauschalensystem transparent ausgewiesen werden. Über die Verwendungsart und den Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel müssten die Krankenhäuser frei entscheiden können. In einem jüngeren Positionspapier aus dem Jahr 2021³⁶ wird dagegen das bestehende System unterstützt und der Übergang in eine monistische Finanzierung grundsätzlich abgelehnt. Die Problematik der „systematischen Unterfinanzierung“ sei zu einem guten Teil auf die unzureichende Investitionsfinanzierung der Bundesländer zurückzuführen. Wenn die Länder ihrer Investitionsverantwortung nicht

34 Stollmann, Frank / Wollschläger, Anna, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 81 Das Recht der Krankenhausfinanzierung Rn. 65 f.

35 DKG, Für eine hochwertige und flächendeckende Patientenversorgung, innovative Medizin und moderne Arbeitsplätze in Krankenhäusern, Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags, Juli 2009, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.3_Politik/Positionen/2009-07_DKG-Positionspapier_17_Legislaturperiode.pdf.

36 DKG, Fair diskutieren, entscheiden, handeln: Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags, April 2021, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2021-04_DKG_Positionspapier_20_Legislaturperiode.pdf.

vollumfänglich nachkämen, müsse der Bund unterstützend eingreifen, etwa durch ein Anreizsystem, in dem Investitionen bezuschusst werden könnten. Um eine ausreichende Flexibilität und sachgerechte Nutzung der Investitionsmittel sicherzustellen, müsse die letztendliche Investitionsentscheidung immer beim Krankenhaus verbleiben.

Ein Versuch, ein monistisches Finanzierungsmodell einzuführen, scheiterte im Jahr 2000 im Bundesrat.³⁷

3.1.2. Ansatzpunkte und Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung, zum Finanzierungssystem und zur Kosteneinsparung

3.1.2.1. Sondergutachten der Monopolkommission

In einem Sondergutachten zum Thema „Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren“³⁸ hat die Monopolkommission zahlreiche Reformansätze im Hinblick auf Qualitätsverbesserung und Finanzierung angemahnt.

Der größte Anteil der gegenwärtigen Krankenhausfinanzierung ist mit den DRG-Fallpauschalen an die Behandlung einzelner Fälle geknüpft. Ergänzt wird diese leistungsabhängige Vergütung durch eine Reihe weiterer Finanzierungsinstrumente. Hierdurch soll einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit stationären Versorgungsleistungen gezielter Rechnung getragen werden. Die Monopolkommission regt beispielsweise an, die Investitionskostenförderung in das wettbewerbliche System der DRGs zu überführen. Eine Möglichkeit hierzu bestehe bereits im KHG in Form der leistungsorientierten Investitionsfallpauschalen, die bundesweit eingeführt werden könnten. Sie kritisiert die Effizienz bestehender Finanzierungsmittel wie des Sicherstellungszuschlags, von Zu- und Abschlägen für die Notfallversorgung, Zentrumszuschlägen sowie des Defizitenausgleichs. Die Steuerungswirkung sei gering und im Falle des Defizitenausgleichs bestünden nicht nur wettbewerbliche Probleme, sondern es könnten teilweise auch Überkapazitäten finanziert werden. Nach Auffassung der Monopolkommission könnten die derzeit bestehenden Finanzierungsinstrumente keinen hinreichenden Beitrag zur Herstellung einer flächendeckenden, finanziell tragfähigen Versorgung sowie zur Durchsetzung der von den Ländern gesetzten Versorgungsziele leisten. Ein Vorhaltezuschlag könnte ein Mittel sein, die Krankenhausfinanzierung zukünftig zielgerichteter und wettbewerbskonformer auszugestalten. Dieser könnte dabei alle neben der regulären Krankenhausfinanzierung existierenden Finanzierungsmittel zusammenführen und die Mittelvergabe neu ausrichten. Mögliche Parameter für die Gewährung könnten die technische Ausstattung eines Krankenhauses oder die Vorhaltung von Reservekapazitäten erfassen. Zudem sollten die Finanzierungsströme neu geordnet werden. Die Länder könnten die Investitionskostenförderung an die Krankenkassen abgeben und ihren ehemaligen Finanzierungs-

37 Vgl. u.a. BR-Drucksache 690/99, BR-Plenarprotokoll 745, S. 440B-453A.

38 Monopolkommission, Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren, Sondergutachten 83 Gutachten gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB, Mai 2022, abrufbar unter https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/SG83_volltext.pdf.

anteil in den Vorhaltezuschlag übertragen. Sie könnten zudem den Vorhaltezuschlag nach eigener Einschätzung aus ihren Mitteln aufstocken. Dadurch würden die Länder in ihrer Aufgabewahrnehmung gestärkt und die fiskalische Äquivalenz gewahrt.

3.1.2.2. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesfinanzministerium

Nach einem Bericht des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesfinanzministerium³⁹ könnten lediglich Krankenhäuser mit mindestens 200 Betten wirtschaftlich betrieben werden. Zu einer bedarfsgerechten Stärkung bestehender Kliniken und der Schließung kleiner Häuser komme es aber nicht in hinreichendem Maße. In Deutschland gebe es zu viele kleine und schlecht ausgestattete Krankenhäuser, die sich nicht kosteneffizient betreiben ließen. Es müsse vor allem eine verlässliche Grundlage für die Finanzierung von medizinisch notwendigen Investitionen geschaffen werden, um den wirtschaftlichen Druck zu mildern, auch ohne zwingende medizinische Notwendigkeit zu operieren. Der Beirat schlägt als bevorzugte Lösung den Übergang in ein monistisches Finanzierungssystem vor. Eine weitere Lösungsmöglichkeit sei es, wenn die Länder für jedes Krankenhausbett eine Bettenpauschale in einen gemeinsamen Fonds einzahlten, aus dem medizinisch notwendige Investitionen finanziert würden. Nach dieser Lösung würde es den Ländern erschwert, Betten zu genehmigen, ohne die Kosten zu tragen. Zu erwarten sei, dass die Länder stärker als heute auf den Abbau überzähliger Betten drängten und dass sie die verbleibenden Einrichtungen bedarfsgerechter als heute ausstatteten.

3.1.2.3. Studie der Bertelsmann Stiftung

Eine Studie des Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES)⁴⁰ hat sich im Auftrag der Bertelsmann Stiftung mit der Frage auseinandergesetzt, wie eine Versorgung durch Kliniken aussähe, die sich nicht in erster Linie an einer schnellen Erreichbarkeit, sondern an „*Qualitätskriterien*“ wie einer „*gesicherten Notfallversorgung, einer Facharztbereitschaft rund um die Uhr, ausreichend Erfahrung und Routine des medizinischen Personals sowie einer angemessenen technischen Ausstattung*“ orientiert. Eine Reduzierung der Klinikanzahl würde den Autoren der Studie zufolge zu einer besseren medizinischen Versorgung der Patienten in Deutschland führen. Viele Krankenhäuser in Deutschland seien zu klein und verfügten oftmals nicht über die nötige Ausstattung und Erfahrung, um lebensbedrohliche Notfälle wie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall angemessen zu behandeln. Viele Komplikationen und Todesfälle ließen sich durch eine Konzentration auf deutlich unter 600 statt heute knapp 1.400 Kliniken vermeiden. Ebenso gingen damit eine bessere Ausstattung, eine höhere Spezialisierung sowie eine bessere Betreuung durch

39 Bundesministerium der Finanzen, Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, Januar 2018, abrufbar unter [https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaefsbereich/Wissenschaftlicher Beirat/Gutachten und Stellungnahmen/Ausgewaehlte Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3](https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaefsbereich/Wissenschaftlicher%20Beirat/Gutachten%20und%20Stellungnahmen/Ausgewaehlte%20Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3).

40 Loos, Stefan / Albrecht, Martin / Zich, Karsten, Zukunftsfähige Krankenhausversorgung Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, 15. Juli 2019, abrufbar über <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehege-krankenhausversorgung>.

Fachärzte und Pflegekräfte einher. Zentrale Aspekte einer Reform seien die Reduzierung von Fallhäufigkeiten sowie die Zentralisierung und die Spezialisierung von Krankenhäusern, etwa durch Umverteilung oder die Einführung von Mindestmengen.

3.1.2.4. Weitere Vorschläge

Die Techniker Krankenkasse hat ein Gutachten⁴¹ zur Reform der Krankenhausvergütung auch mit Blick auf andere OECD-Staaten in Auftrag gegeben, das im Jahr 2020 veröffentlicht wurde. Die dort angeführten Reformvorschläge umfassen eine Gewichtung der Kalkulationskrankenhäuser und Konstanthaltung der Kalkulationsstichprobe. Die derzeitige Zusammensetzung auf Basis der freiwillig an der Kalkulation der Fallpauschalen teilnehmenden Krankenhäuser sei nicht ausreichend repräsentativ. Ausgewählte Krankenhausgruppen seien unterrepräsentiert, ihren Kosten werde nicht angemessen Rechnung getragen. Darüber hinaus ändere sich die Kalkulationsstichprobe jährlich. Zudem solle eine Finanzierung von Vorhaltekosten für Strukturen der Leistungserbringung, beispielsweise für seltene Erkrankungen, Notfälle und die Grundversorgung auf dem Land den finanziellen Druck von Krankenhäusern, ihre Strukturen über eine Fallzahlausweitung querfinanzieren zu müssen, reduzieren. Dazu könne der Anteil der Förderung von Zuschlägen durch das Krankenhausstrukturgesetz an der Gesamtvergütung erhöht werden. Zudem sei eine bessere Koordination und grundlegendere Überprüfung der Bedarfsnotwendigkeit der betreffenden Krankenhäuser notwendig. Eine Anpassung der Vergütung an Kostenfaktoren, die nicht der Kontrolle des Krankenhauses unterliegen, sowie an Versorgungsstufen, die unterschiedliche Kostenstrukturen mit sich bringen, erhöhe die Fairness des Vergütungssystems, schaffe finanzielle Entlastung für Krankenhäuser und sei leicht umsetzbar. Zudem könne die Integration von Qualitätsindikatoren ausgebaut werden. Eine Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung vom Fallpauschalensystem als dominierendem Vergütungsinstrument hin zu einem Mischsystem habe mit der Hinwendung zu Zuschlägen zur Finanzierung von Versorgungsstrukturen bereits eingesetzt. Ähnlich wie andere OECD-Länder könnte Deutschland einen Anteil der Vergütung über Pauschalen finanzieren, die an bedarfsnotwendige Strukturen, beispielsweise Stroke Units und Geburtsstationen, geknüpft sind. Einen weiteren Anteil könnte Deutschland durch ein Fallpauschalensystem finanzieren, um Anreize zur Effizienzsteigerung und Verweildauerreduzierung aufrecht zu halten. Final könnte es einen Anteil der Vergütung von dem Erreichen vorgegebener Qualitätskriterien abhängig machen.

Das Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung hat ebenfalls Reformvorschläge für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen und der Krankenhausfinanzierung⁴² veröffentlicht. Schwerpunkt ist eine Weiterentwicklung des DRG-Systems sowie die Sicherstellung einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung.

41 Schreyögg, Jonas / Milstein, Ricarda, Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg Center for Health Economics, September 2020, abrufbar unter <https://www.tk.de/re-source/blob/2090886/90a4ec1624cb79d28da08e0edab46328/gutachten-der-krankenhausfinanzierung-2020-data.pdf>.

42 Straub, Christoph / Repschläger, Uwe, Reformvorschläge für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen und der Krankenhausfinanzierung, Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung, 14. Oktober 2021, abrufbar unter https://www.bifg.de/media/dl/ePaper/bifg_ePaper_krankenhausstrukturreform.pdf.

3.1.3. Öffentliche Anhörung zum Thema Krankenhausfinanzierung im Gesundheitsausschuss im Mai 2021

Bereits im Rahmen einer öffentlichen Anhörung des Deutschen Bundestags zum Thema Krankenhausfinanzierung am 19. Mai 2021 aus Anlass dreier Gesetzgebungsanträge haben Gesundheitsexperten nachhaltige Reformen gefordert. Dabei wurde der Investitionskostenanteil der Länder übereinstimmend als unzureichend, das bestehende DRG-Fallpauschalensystem allerdings unterschiedlich bewertet.

3.1.3.1. Positionen der antragstellenden Fraktionen

Die **FDP-Fraktion** hat in einem Antrag⁴³ mehr Investitionen und weniger Bürokratie für Krankenhäuser gefordert. Die Corona-Pandemie habe gezeigt, dass ein funktionierendes Gesundheitswesen Priorität haben müsse. Es sei auch deutlich geworden, dass viele Strukturen im Gesundheitswesen nicht mehr zeitgemäß seien. Die Bundesländer werden aufgefordert, ihren Verpflichtungen für Investitionen in Krankenhäuser nachzukommen. Das Abrechnungssystem über Fallpauschalen (DRG) im Krankenhaus müsse entbürokratisiert werden, ohne neue Fehlanreize zu setzen. Eine Kommission sollte ferner prüfen, welche alternativen Modelle zur Krankenhausfinanzierung genutzt werden könnten.

Die **Fraktion Die Linke** hat dagegen in ihrem Antrag⁴⁴ einen Systemwechsel in der Krankenhausfinanzierung gefordert, da der Zweck eines Krankenhauses nicht sei, Profite zu erwirtschaften, sondern die Bevölkerung bedarfsgerecht zu versorgen. Die derzeitige Finanzierung der Krankenhäuser stehe im Gegensatz zu den sozialstaatlichen Grundsätzen KHG. Die erlösorientierte Steuerung der Krankenhäuser führe zu Fehlanreizen, die gravierende negative Auswirkungen für die Versorgung der Patienten und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in den Kliniken habe. Die Abgeordneten fordern unter anderem konkret, das System der Fallpauschalen (DRG) abzuschaffen und durch ein System der Selbstkostendeckung zu ersetzen. Die Trägerschaft der Krankenhäuser müsse auf eine gemeinwohlorientierte und nichtkommerzielle Basis gestellt werden. Für alle Berufsgruppen im Krankenhaus müsse bundesweit eine bedarfsgerechte Personalbemessung eingeführt werden. Nötig sei zudem eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung. Der Bund solle sich an der Investitionsfinanzierung der Länder beteiligen.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** hat in ihrem Antrag⁴⁵ mehr Verlässlichkeit und Qualität in der Krankenhausversorgung gefordert. Menschen müssten sich unabhängig davon, wo sie leben und in welcher sozialen Lage sie sich befinden, auf ein hochwertiges Versorgungssystem

43 Antrag der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP, Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie, 27. Januar 2021, BT-Drs. 19/26191.

44 Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite, 26. Januar 2021, BT-Drs. 19/26168.

45 Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung – Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planung reformieren, 23. März 2021, BT-Drs. 19/27830.

verlassen können. Die Abgeordneten forderten unter anderem eine Reform der Betriebskostenfinanzierung. So solle die bisher an Fallpauschalen orientierte Vergütung durch eine am Versorgungsbedarf und an der Behandlungsqualität orientierte Vergütung ersetzt werden. Der Bund solle die Möglichkeit bekommen, gemeinsame bundesweite Grundsätze für eine bedarfsgerechte Versorgungs- und Krankenhausplanung zu definieren. Die Investitionsfinanzierung für Kliniken solle mit dem Ziel einer dauerhaft hälftigen Beteiligung des Bundes reformiert werden, verbunden mit der Einführung einer am Investitionsbedarf ausgerichteten Mindestinvestitionsquote.

3.1.3.2. Positionen ausgewählter Verbände

Sinnvoll sei zur Beseitigung des Investitionsstaus aus Sicht der **DKG**⁴⁶ ein Anreizsystem, in dessen Rahmen nur diejenigen Länder, deren Krankenhausinvestitionen eine bestimmte Investitionsquote erreichen, vom Bund bezuschusst würden. Das Fallpauschalensystem müsse hinsichtlich der Vorhaltefinanzierung und Finanzierung ambulanter Leistungen in der Klinik weiterentwickelt werden. Insbesondere Spezialversorger mit unterdurchschnittlichen Leistungsmengen könnten ihre Vorhaltekosten mit den DRG-Erlösen in der Regel nicht decken. Nötig für die Kliniken seien Planungssicherheit, eine auskömmliche Investitionsfinanzierung und eine sachgerechte Vergütung. Unter diesen Voraussetzungen könnten sich Kliniken insbesondere in unterversorgten Gebieten zu sektorenübergreifenden Gesundheitszentren weiterentwickeln.

Die **Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di**⁴⁷ hat die Abschaffung des DRG-Systems gefordert. Die Fallpauschalen seien dysfunktional; dies ergebe sich nicht nur durch Bürokratie und Fehlanreize, sondern auch durch die Kostensenkungslogik, statt den Versorgungsbedarf der Bürger in den Mittelpunkt zu stellen. Das DRG-System solle durch eine am tatsächlichen Bedarf bemessene Finanzierung ersetzt werden.

46 Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu den Anträgen Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite – Fraktion DIE LINKE (19/26168), Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie – Fraktion der FDP (19/26191), Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung – Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planung reformieren Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (19/27830), 12. Mai 2021, Ausschussdrucksache 19(14)340(1), abrufbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/841764/f2e96614399e652f35ca7ede59b0d680/19_14_0340-1-Deutsche-Krankenhausgesellschaft_Krankenhausfinanzierung-data.pdf.

47 Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zur Öffentlichen Anhörung zu den Anträgen: Antrag der Fraktion der FDP, Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie, BT- Drs. e 19/ 26191, Antrag der Fraktion DIE LINKE, Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite, BT-Drucksache 19/26168, Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung – Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planung reformieren, BT-Drs. 19/27830, 12. Mai 2021, Ausschussdrucksache 19(14)340(3), abrufbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/841868/b726ee3201913d9512b8da1d8cdcc7f0/19_14_0340-3-Vereinte-Dienstleistungsgewerkschaft_Krankenhausfinanzierung-data.pdf.

Nach Ansicht des **GKV-Spitzenverbandes**⁴⁸ sei neben einer Reform der Investitionsfinanzierung und Krankenhausplanung auch eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung nötig. Der Verband setze sich dafür ein, die Anreize im Vergütungssystem so auszugestalten, dass Krankenhäuser langfristig in eine gute Pflege investierten. An den Fallpauschalen wolle der Verband festhalten. Die leistungsorientierte Krankenhausvergütung sei im Grundsatz richtig, eine Selbstkostendeckung habe sich nicht bewährt und werde abgelehnt. Die DRG-Finanzierung müsse aber weiterentwickelt werden.

Der **Arbeitgeberverband BDA**⁴⁹ sprach sich dafür aus, die Krankenhäuser auf eine monistische Finanzierung umzustellen. Dazu müsse den Ländern die Krankenhausplanung entzogen werden und der Sicherstellungsauftrag auf die gesetzlichen Krankenkassen übergehen, die dann auch die Finanzierung der Investitionen und Großgeräte übernehmen würden. Durch die einheitliche Vergütung der Betriebs- und Investitionsaufwendungen könnten künftig die Investitionsmittel leistungsorientiert auf die Kliniken verteilt werden, etwa durch Zuschläge auf die Fallpauschalen.

Die **Bundesärztekammer (BÄK)**⁵⁰ erklärte in ihrer Stellungnahme, in den vergangenen Jahren sei deutlich geworden, dass Personalressourcen und Reservekapazitäten in der Krankenhausplanung sachgerecht definiert und finanziert werden müssten. Die mit der aktuellen Finanzierungssystematik einhergehende Fokussierung auf Leistungsmengen werde den nötigen Personal- und Strukturvorhalteleistungen nicht mehr gerecht. Das betreffe auch die seit Jahrzehnten vernachlässigten

-
- 48 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 14. Mai 2021 zum Antrag der Fraktion der FDP „Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie“ vom 27.01.2021, (BT-Drs. 19/26191), Ausschussdrucksache 19(14)340(4), abrufbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/841978/0f3f9d7045fb5f2882f21c84d0050833/19_14_0340-4- GKV-Spitzenverband_Krankenhausfinanzierung-data.pdf; 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, (BT-Drs. 19/27830), Ausschussdrucksache 19(14)340(4.1), abrufbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/841976/03710659b883a8350318e2eec819b730/19_14_0340-4-1- GKV-Spitzenverband_Krankenhausfinanzierung-data.pdf, zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite“ vom 26.01.2021, (BT-Drs. 19/26168), Ausschussdrucksache 19(14)340(4.2), abrufbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/841974/9e231cd89bf65c9e13da93bc2ca37f50/19_14_0340-4-2- GKV-Spitzenverband_Krankenhausfinanzierung-data.pdf.
- 49 BDA, DRG-System weiterentwickeln – Krankenhäuser aus einer Hand finanzieren, Stellungnahme zu dem Antrag der FDP „Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie“ (BT-Drs. 19/26191), dem Antrag der Fraktion LINKE „Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite“ (BT-Drs. 19/26168) und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung – Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planung reformieren“ (BT-Drs. 19/27830), 14. Mai 2021, Ausschussdrucksache 19(14)340(5), abrufbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/842166/8a516f9b1d3f73010ba4ea5f905d7a12/19_14_0340-5- Bundesvereinigung-der-deutschen-Arbeitgeberverbaende_Krankenhausfinanzierung-data.pdf.
- 50 Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den Anträgen „Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie“ der Fraktion der FDP (BT-Drs. 19/26191), „Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite“ der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucksache 19/26168), „Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung – Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planung reformieren“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 19/27830), 14. Mai 2021, Ausschussdrucksache 19(14)340(6), abrufbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/842164/91160b377adbb070e000fe47778aae1d/19_14_0340-6- Bundesärztekammer_Krankenhausfinanzierung-data.pdf.

Investitionen der Länder. Die BÄK sprach sich für eine dauerhafte Kofinanzierung durch den Bund aus, um den Investitionsstau aufzulösen. Bei der Krankenhausplanungshoheit der Länder solle es aber bleiben. Zudem müsse die erlösorientierte Betriebsmittelfinanzierung der Kliniken reformiert und an Personalbedarf, Personalentwicklung, Flächendeckung und Vorhalteleistungen ausgerichtet werden. Ein neues Vergütungssystem müsse auch die Unterschiede der Kostenstrukturen der Kliniken stärker abbilden.

* * *