

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
– Drucksachen 19/22126, 19/22609 –**

Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Titel des Gesetzentwurfs hält nicht, was er verspricht. Der Gesetzentwurf ist kein Zukunftsprogramm für die deutschen Krankenhäuser. Es sind zwar kurzfristige Verbesserungen beispielsweise bei der Investitionsförderung enthalten, die Strukturprobleme der stationären Versorgung werden aber überhaupt nicht hinreichend adressiert.

Dabei hat die aktuelle Corona-Epidemie den Reformbedarf verdeutlicht. Es wurde offenbar, wie wichtig eine bedarfsgerechte Ausstattung vor allem beim Pflegepersonal, aber auch bei der digitalen Infrastruktur sowie eine bessere Kooperation und Integration von ambulanter und stationärer Versorgung sind. Auch eine Bündelung der stationären Kapazitäten und Kompetenzen ist notwendig, um die Qualität der Versorgung dauerhaft zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund fehlen im Gesetzentwurf Regelungen, mit denen eine Reform der Krankenhausplanung zumindest schrittweise auf den Weg gebracht werden würde. Es zeigt sich immer deutlicher, dass die heutige Krankenhausplanung nicht dazu in der Lage ist, bundesweit eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Die heutige auf Betten abstellende Planung verhindert bereits im Ansatz eine Einbeziehung ambulanter Kapazitäten. In urbanen Ballungsräumen begünstigt die bestehende Planung die Entstehung von Doppelstrukturen, die ohnehin begrenzte Ressourcen in ländlichen Räumen weiter verknappen. Zugleich wird die Spezialisierung nicht hinreichend gefördert.

Ebenso fehlen Regelungen zu einer Reform der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser, um die bestehenden Finanzierungsdefizite nachhaltig zu lösen. Der Gesetzentwurf wird hier allenfalls nur kurzfristig Abhilfe schaffen. Ein dauerhaft wirksamer Abbau des Investitionsstaus in den deutschen Krankenhäusern ist nicht ersichtlich. Eine solche Reform ist auch deswegen notwendig, weil viele Häuser ihre Investitionen aus den laufenden Betriebseinnahmen finanzieren. Dafür sind die DRGs jedoch nicht ausgelegt. Das führt dazu, dass sich die wirtschaftliche Situation vieler Häuser weiter verschlechtert, das Geld an anderer Stelle fehlt und Leistungen in medizinisch nicht nötigem Maße ausgeweitet werden.

Und es fehlen Ansätze zu einer Weiterentwicklung des DRG-Systems. Das bestehende System enthält ökonomische Fehlanreize etwa bei der Geburtshilfe, behindert eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit und gefährdet etwa in der Pädiatrie eine verlässliche Versorgung. Überdies mangelt es an Qualitätsanreizen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, der insbesondere die folgenden Maßnahmen umfasst:

1. eine Reform der Krankenhausplanung mit dem Ziel, dem Bund die Möglichkeit zu geben, gemeinsame bundesweite Grundsätze für eine bedarfsgerechte Versorgungs- und Krankenhausplanung zu definieren. Zu diesen Grundsätzen gehören die Differenzierung nach Versorgungsstufen, der Bezug auf Leistungsbereiche statt wie bisher auf Betten, Qualitätsanforderungen sowie die Planung auf Grundlage von Versorgungsanalysen;
2. eine Reform der Investitionsfinanzierung mit dem Ziel einer dauerhaften hälftigen Beteiligung des Bundes an der Finanzierung von Investitionen im Krankenhaus. Hierzu sollte der Bund auch eine Mindestinvestitionsquote bestimmen. Die Finanzierung von Investitionen soll überdies künftig über fallzahlunabhängige und nach Versorgungsstufen differenzierte Pauschalen erfolgen. Neben der Digitalisierung ist angesichts der fortschreitenden Klimakrise insbesondere der notwendige Wandel von Krankenhäusern zu ökologisch nachhaltigen „Green Hospitals“ stärker zu berücksichtigen;
3. eine Reform des DRG-Systems mit dem Ziel, die Anreize für Qualität und eine sektorenübergreifende Versorgung auszubauen, ökonomische Fehlanreize zu reduzieren und eine verlässliche Versorgung zu unterstützen. Insbesondere soll beispielsweise in der stationären Versorgung von Kindern der Anteil von Finanzierungselementen erhöht werden, die in keinem direkten Zusammenhang zur Fallzahl stehen. Darüber hinaus sollen in den DRGs stärkere Differenzierungen nach bundesweit definierten Versorgungsstufen verankert werden, durch die die tatsächlichen Betriebskostenstrukturen etwa von ländlichen Grundversorgern einerseits und Maximalversorgern und Uniklinika andererseits besser abgebildet werden.

Berlin, den 15. September 2020

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1

Damit die Menschen überall in Deutschland verlässlich, bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig versorgt werden, wird vorgeschlagen, auf Bundesebene künftig gemeinsame Grundsätze für die Versorgungs- und Krankenhausplanung zu definieren. Zu diesen Grundsätzen gehören insbesondere die Differenzierung nach Versorgungsstufen, Qualitätsanforderungen (z. B. Mindestmengen) und Versorgungsanalysen. Zudem sollen sich die Planungen der Länder bundeseinheitlich auf Leistungsbereiche statt wie bisher auf Betten beziehen. Eine Planung auf der Grundlage von Betten verhindert bereits im Ansatz eine Einbeziehung ambulanter Kapazitäten. Das bewirkt mehr Transparenz über die vorhandenen Angebote, ermöglicht damit eine differenziertere Planung auf Landes- und regionaler Ebene und berücksichtigt ambulante Potentiale. Zu diskutieren ist hierzu etwa eine Grundgesetzänderung, damit der Bund die entsprechenden zusätzlichen Kompetenzen erhalten kann.

Auf Basis dieser Grundsätze soll in den Ländern und Regionen die Versorgung geplant werden. Hierzu sind regelmäßige gründliche Analysen des für die Zukunft prognostizierten Versorgungsbedarfes der Bevölkerung in der Region notwendig. Für diese Analysen könnten den „§90a-Gremien“ auf Landesebene Institute zur Seite gestellt werden, die auf Grundlage von aktuellen Daten fortlaufend wissenschaftsbasierte Planungsempfehlungen für die Versorgungsplanung erarbeiten. Nötig ist überdies bei der Planung die Überwindung der Sektorentrennung. Hierzu sollen die Länder mehr Kompetenzen als bisher erhalten und auf Landesebene in den so genannten §90a SGB V-Gremien die sektorenübergreifende Versorgungsplanung von Leistungsbereichen anders als heute verbindlich umgesetzt werden. Denn die bestehende Krankenhausplanung erfolgt bisher weitgehend ohne Bezug zu den Angeboten im ambulanten Bereich.

Stärker als bisher muss bei der Versorgungsplanung zwischen verschiedenen Versorgungsstufen sowie zwischen unvorhersehbaren und planbaren Krankenhausleistungen unterschieden werden. Leistungen der Grundversorgung müssen jederzeit für alle gut erreichbar sein: Die nicht planbare, medizinisch dringend angezeigte Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten zum Beispiel im Bereich der Notfallmedizin oder der Geburtshilfe muss bedarfsgerecht gesichert sein. Für bestimmte fachärztliche Angebote bzw. Schwerpunktleistungen der stationären Maximalversorgung wie zum Beispiel Universitätskliniken soll großräumiger geplant werden. Zudem sollen Kriterien der Raumordnung wie etwa Erreichbarkeiten sowie vorhandene Einrichtungen, zum Beispiel in der Rehabilitation, und Schnittstellen zur Pflege einbezogen werden. Insbesondere für hochspezialisierte Leistungen, etwa zur Behandlung von und Forschung zu seltenen Erkrankungen, sind überregional und grenzübergreifend abgestimmte Planungen geboten.

Zu 2

Die Investitionsmittel der Länder, die für Krankenhäuser bereitgestellt werden, sind seit Jahren nicht bedarfsgerecht. Seit 1991 ist die Investitionsfinanzierung der Länder um etwa 50 Prozent gesunken. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zufolge beläuft sich der in den vergangenen zehn Jahren aufgelaufene Investitionsstau ohne Uniklinika auf etwa 30 Mrd. Euro. Notwendig ist eine Reform der Investitionsfinanzierung - auch um zu verhindern, dass Krankenhäuser wegen fehlender Investitionsförderung weiter Defizite machen und Kommunen zur Privatisierung ihrer Krankenhäuser gezwungen werden. Viele Häuser finanzieren ihre notwendigen Investitionen aus den laufenden Betriebseinnahmen, was dazu führt, dass das Geld an anderer Stelle fehlt. Der Staat darf sich aber nicht seiner Verpflichtung zur Daseinsvorsorge entziehen. Gemeinsam mit den Ländern muss der Stillstand bei den Investitionen beendet werden. Hierzu soll die Bundesregierung unter anderem eine Mindestinvestitionsquote festlegen.

In diesem Lichte muss auch der bestehende Krankenhausstrukturfonds weiterentwickelt werden. Es wäre deutlich zu kurz gesprungen, ihm einfach nur weitere Finanzierungsaufgaben etwa bei der Digitalisierung zu übertragen. Vielmehr muss es darum gehen, ihn noch gezielter als bisher auf die Transformation von Krankenhäusern als Teil einer sektorenübergreifenden regionalen Versorgung zu fokussieren. So kann die Weiterentwicklung ländlicher Krankenhäuser zu modernen Gesundheits- und Pflegezentren gefördert und unterstützt werden, in denen alle Gesundheitsberufe unter einem Dach für eine gute Versorgung zusammenwirken. Solche ländlichen Versorgungszentren sind der Kern einer regional verankerten Versorgung. Sie bedeuten jedoch nicht nur mehr Kooperation zwischen Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege, sondern auch kürzere Wege etwa für chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Hier sollen die Menschen vor Ort erleben können, dass der Umbau der Versorgung nicht zu weniger, sondern zu mehr Verlässlichkeit und Lebensqualität führt.

Ebenso wichtig wie eine generelle Reform der Investitionsfinanzierung ist die Entwicklung einer längst überfälligen patientenorientierten Digitalisierungsstrategie, aus der etwa Krankenhäuser Prioritäten für Investitionen ableiten können. Ansonsten droht die Gefahr eines Flickenteppichs aus unterschiedlichen Digitalisierungsprojekten, die sich zu keinem vernünftigen Gesamtkonzept fügen und sich nicht ausreichend an Versorgungsaspekten und Patienteninteressen orientieren. Eine Strategie ist eine wichtige Grundlage für die Digitalisierung und auch notwendig, um aussagekräftige Modelle der digitalen Reifegradmessung zu entwickeln.

Zu 3

Eine Reform des Systems diagnosebezogener Fallpauschalen („DRG-System“) ist unausweichlich. Die Vergütung muss gewährleisten, dass jedes bedarfsnotwendige Krankenhaus den jeweiligen Versorgungsauftrag auf hohem Qualitätsniveau erfüllen kann. Finanzielle Fehlanreize müssen abgebaut werden. Nicht das kurzfristige Schielen auf die lukrativste Leistung, sondern die bedarfsgerechte Versorgung und die Qualität müssen im Mittelpunkt stehen und belohnt werden.

Um Anreize zur medizinisch nicht sinnvollen Ausweitung von Fällen zu verringern, soll insbesondere der Anteil von Finanzierungselementen erhöht werden, die in keinem direkten Zusammenhang zur Fallzahl stehen. Das betrifft die Kosten zur Vorhaltung bedarfsnotwendiger, fallzahlunabhängiger Leistungen sowie zum schnellen Aufbau notwendiger Reservekapazitäten. Dies dient der Grundversorgung ländlicher Räume, der Notfallversorgung und der pädiatrischen Versorgung in besonderer Weise. Auch die Finanzierung von Innovationszentren, in denen neue Behandlungsmethoden erprobt werden, sollte künftig pauschaliert erfolgen.

In pädiatrischen Abteilungen ist der Anteil von Notfällen deutlich höher als in anderen Abteilungen. Um die Vorhaltung notwendiger pädiatrischer Leistungen vor diesem Hintergrund dennoch verlässlich zu finanzieren, sollte - ähnlich wie für die Notfallversorgung diskutiert -, künftig ein Anteil der Mittel für Betriebskosten als fallzahlunabhängige Grundpauschale gezahlt werden. Die heutigen Sicherstellungszuschläge sollen auch mit Blick auf die pädiatrische Versorgung weiterentwickelt werden. Dazu sollen pädiatrische Abteilungen eigenständig förderfähig werden, soweit sie für die Versorgung notwendig sind.

Stärkere Differenzierungen nach bundesweit definierten Versorgungsstufen sind auch bei den DRGs notwendig. Maximalversorger und Universitätskliniken haben eine andere Betriebskostenstruktur als ein Krankenhaus der Grundversorgung. Letztere können vor finanzielle Probleme gestellt werden, wenn sie nicht genügend Fallzahlen für eine ausreichende Finanzierung von nötigen Vorhaltekosten haben, etwa weil die Region dünn besiedelt ist. Darum sollten etwa für versorgungsrelevante Krankenhäuser der Grundversorgung in ländlichen Räumen einerseits und für hochspezialisierte Maximalversorger andererseits differenzierte Anpassungsfaktoren für die Fallpauschalen entwickelt werden, die eine passgenauere Betriebskostenfinanzierung ermöglichen. Dadurch würden die tatsächlichen Kostenstrukturen der jeweiligen Krankenhäuser besser abgebildet.

Durch eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems müssen darüber hinaus die Möglichkeiten zur bedarfsgerechten ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser ausgebaut werden. Das verbessert die Fokussierung ärztlicher und pflegerischer Aktivitäten auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und erhöht ihre Sicherheit gerade mit Blick auf Pandemieereignisse oder Krankenhausinfektionen. Zudem führt es zu einer geringeren Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung, was sich wiederum positiv auf die Beitragszahlenden auswirkt. Dazu sollte der vorhandene Katalog an ambulant erbringbaren Leistungen ausgeweitet und einheitliche ambulante Vergütungen für alle Erbringer dieser Leistungen definiert werden.

Mit Blick auf die Förderung der Qualität ist unter anderem die Stärkung von Qualitätsverträgen geboten. Außerdem sollten Zuschläge implementiert werden, wenn Patientinnen und Patienten beispielsweise mit Herzinfarkten von vorneherein in jeweils spezialisierten Einrichtungen behandelt werden und Abschlüsse, wenn dies nicht geschieht.