

## Antrag

**der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Renata Alt, Jens Beeck, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Mario Brandenburg (Südpfalz), Dr. Marco Buschmann, Carl-Julius Cronenberg, Britta Katharina Dassler, Dr. Marcus Faber, Daniel Föst, Thomas Hacker, Reginald Hanke, Peter Heidt, Katrin Helling-Plahr, Markus Herbrand, Torsten Herbst, Katja Hessel, Dr. Gero Clemens Hocker, Reinhard Houben, Ulla Ihnen, Olaf in der Beek, Karsten Klein, Pascal Kober, Carina Konrad, Konstantin Kuhle, Ulrich Lechte, Till Mansmann, Frank Müller-Rosentritt, Dr. Martin Neumann, Matthias Nölke, Dr. Wieland Schinnenburg, Matthias Seestern-Pauly, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Benjamin Strasser, Katja Suding, Linda Teuteberg, Stephan Thomae, Manfred Todtenhausen, Gerald Ullrich und der Fraktion der FDP**

## **Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In Deutschland gibt es das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung. Die Krankenkassen übernehmen dabei die Behandlungskosten, wohingegen die Bundesländer die Investitionen in Krankenhäusern finanzieren.

Die Fallpauschalen (DRG) bilden die Abrechnungsgrundlage für die Vergütung von Krankenhausleistungen gegenüber den Krankenkassen. Für jede Krankheitsdiagnose gibt es eine eigenständige Vergütung, die sich am ICD-10-System zur Klassifizierung von Krankheiten orientiert. Neben der Diagnose fließen noch weitere Werte in die Berechnung mit ein, wie Nebendiagnosen, Alter, Verweildauer etc. Dieser Wert wird mit einem Relativgewicht multipliziert, das den Aufwand der Behandlung darstellt (Normal = 1, leichte Behandlung < 1, aufwendige Behandlung > 1).

Die Krankenhausvergütung wurde in den letzten Jahrzehnten regelmäßig reformiert, um sich Fehlanreizen zu entledigen. Noch in den 1970er Jahren haben Krankenhäuser pro Behandlungstag und Patient eine feste Pauschalvergütung erhalten. Diese war unabhängig von Faktoren wie Fachabteilung, Krankheit oder Komplexität des Eingriffs. Nicht ohne Grund wurde dieses System reformiert, denn es setzte Anreize, auch genesene Patienten möglichst lange im Krankenhaus zu belassen, um Kosten eines teuren Eingriffs zu refinanzieren. Auf Grund dieser Fehlanreize wurde das Vergütungssystem

über die Jahre angepasst, bis schließlich 2003 das Australische DRG System übernommen wurde. Dieses System hat sich in den letzten Jahren erneut angepasst, so dass es nun die G-DRGs (German-DRG) gibt.

Der Deutsche Bundestag befürwortet das DRG-System, denn es enthält einen guten Mix aus pauschaler Vergütung und differenzierter Finanzierung von der Behandlung unterschiedlicher Krankheiten. Zusätzlich setzt es einen Anreiz, die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient zu nutzen. Dennoch ist das DRG-System nicht perfekt. Der Berechnungsweg ist kompliziert und bürokratisch.

Der Deutsche Bundestag spricht sich dafür aus, dass die Krankenhäuser gut finanziert werden. Mit dem zur Verfügung stehenden Geld muss jedoch auch effizient umgegangen werden. Die Tatsache, dass viele Krankenhäuser einen Investitionsstau haben, liegt weniger am DRG-System, als vielmehr daran, dass die Bundesländer ihren Verpflichtungen zur Investitionsfinanzierung nicht im ausreichenden Maße nachkommen ([www.aerztezeitung.de/Politik/Weiter-riesiger-Investitionsstau-bei-Krankenhaeusern-407905.html](http://www.aerztezeitung.de/Politik/Weiter-riesiger-Investitionsstau-bei-Krankenhaeusern-407905.html)). Wie im Krankenhauszukunftsgesetz beschrieben, liegt die Ursache der mangelnden Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern daran, dass die Mittel der Bundesländer für Krankenhausinvestitionen nominal und preisbereinigt in den letzten Jahren zurückgegangen sind (Bundestagsdrucksache 19/22126). Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft fehlen dadurch jedes Jahr ca. 3 Mrd. Euro an Investitionsmitteln. Dieses Geld fehle bei dringenden Investitionen in die medizintechnische, bauliche und digitale Infrastruktur ([www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsmittel-fuer-krankenhaeuser-sind-investitionen-in-die-gesamte-volkswirtschaft/](http://www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsmittel-fuer-krankenhaeuser-sind-investitionen-in-die-gesamte-volkswirtschaft/)). Wie drastisch die Einsparungen der Bundesländer sind, zeigt vor allem das Beispiel Thüringen. Im Jahr 2010 betragen die KHG-Investitionsfördermittel noch 134,2 Mio. Euro. Acht Jahre später wurden von der Landesregierung nur noch 60 Mio. Euro den Krankenhäusern für Investitionen zur Verfügung gestellt ([www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsstau-in-deutschen-krankenhaeusern-bund-und-laender-muessen-endlich-handeln/](http://www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsstau-in-deutschen-krankenhaeusern-bund-und-laender-muessen-endlich-handeln/)).

Die Coronavirus-Pandemie hat verdeutlicht, dass ein funktionsfähiges Gesundheitswesen oberste Priorität in einer Gesellschaft haben muss. Die Coronavirus-Pandemie hat jedoch auch gezeigt, dass viele Strukturen im Gesundheitswesen nicht mehr zeitgemäß sind. Das deutsche Gesundheitswesen muss nun auf die kommenden Jahre vorbereitet werden. Dazu gehört es, die Mängel in der Finanzierung des Gesundheitssystems bei der Wurzel zu packen und nachhaltig zu verbessern.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Regierungen der Bundesländer auf,

ihren Verpflichtungen in der dualen Krankenhausfinanzierung nachzukommen und den Investitionsstau in der stationären Versorgung abzubauen.

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

gemeinsam mit Vertretern der stationären Versorgung und der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen das DRG-Abrechnungssystem zu entbürokratisieren, ohne neue Fehlanreize zu setzen.

## IV. Der Deutsche Bundestag beschließt,

die Einsetzung einer Kommission, die prüft, welche alternativen Finanzierungsmodelle zur Krankenhausfinanzierung genutzt werden können. Der Fokus soll dabei auf Modellen liegen, die dazu führen, dass die mangelnde Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern abgebaut und die Versorgung der Patienten verbessert wird. Dabei soll insbesondere darauf geachtet werden, dass die Grundversorgung durch stationäre Einrichtungen, unter Beibehaltung des Leitsatzes „ambulant vor stationär“, gestärkt und flächendeckend sichergestellt werden kann. Weitere Ziele der Modelle sollen die Qualitätsverbesserung durch Spezialisierung der Krankenhäuser auf bestimmte Eingriffe und der Aufbau einer integrierten Gesundheitsversorgung mit fließenden Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sein.

Der Deutsche Bundestag benennt die Mitglieder der Kommission (unter Berücksichtigung von Vertretern der Wissenschaft, der Bundesregierung, den berechtigten Vertretern der Interessen der Länder und der Kommunen, der Krankenkassen und den Verbänden der Krankenhäuser, der Tarifpartner sowie der Patienten) und einen Vorsitzenden. Der Vorsitzende der Kommission wird dem Ausschuss für Gesundheit regelmäßig Bericht zu den Ergebnissen der Kommission erstatten. Die Kommission übergibt dem Deutschen Bundestag spätestens am 1. September 2021 einen Abschlussbericht. Die Kosten der Kommission werden aus den bestehenden Haushaltsmitteln des Bundesgesundheitsministeriums getragen.

Berlin, den 26. Januar 2021

**Christian Lindner und Fraktion**

