



12.04.2021

Reform der Krankenhausfinanzierung

Eine Reform der Krankenhausfinanzierung ist überfällig. Es gilt Fehlanreize zu beseitigen und mit dem Abrechnungssystem endlich auf die Arbeitsverdichtung der letzten Jahre zu reagieren.

Wir fordern, dass **Gewinne** aus dem Betrieb von Krankenhäusern nicht abgeschöpft werden dürfen, sondern wieder in das Krankenhaus investiert werden müssen. Deshalb fordern wir, dass alle Krankenhäuser in Deutschland – gleich welcher Rechtsform oder Trägerschaft – als **gemeinnützige** Betriebe gestaltet werden müssen.

Wir fordern eine gesicherte, wohnortnahe **Basisversorgung** mit Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung beteiligt sind, um insbesondere in strukturschwachen Regionen niederschwellige Anlaufstelle für die Menschen vor Ort zu sein. In der Zukunft sollen die Krankenhäuser darin bestärkt werden, die gesamtheitliche Versorgung bestmöglich zu leisten und dabei stationsvermeidende integrierte Versorgungsformen vorzuziehen. Dazu müssen insbesondere finanzielle Fehlanreize zur stationären und operativen Versorgung beseitigt werden.

Die **Erreichbarkeit** dieser Häuser in einem Mix aus Entfernung und Zeitspanne soll der Standortplanung als Basisversorgungszentren zu Grunde liegen. Für die Kapazitätsplanung sind die Bevölkerungsdaten in die Betrachtung mit einzubeziehen.

Für diese Basisversorger sollen **die Grenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung aufgehoben werden**. Die hausärztliche Versorgung soll mit den Basiskrankenhäusern eng verknüpft werden. In unterversorgten Regionen, Disziplinen und Bereichen sollen die Krankenhäuser zur Übernahme der fachärztlichen ambulanten Versorgung ermächtigt werden. Die zur Verfügung gestellten **Budgets** und die Vergütungssysteme der ambulanten und stationären Krankenhausversorgung sollen **integriert und synchronisiert** werden. Zu prüfen ist eine Regionalisierung von Budgets auf der Grundlage von Morbiditätsdaten.

Darüber hinaus soll es **für komplexe Versorgungsbedarfe spezialisierte Zentren und Schwerpunktversorger** geben. Diese sind bedarfsgerecht über das Land oder die Region zu verteilen und vorzuhalten. **Qualitätskriterien** wie Struktur- und Prozessvorgaben oder Min-

destmengenregelungen müssen den Versorgungsaufträgen zu Grunde liegen. Ein Qualitätsmanagement und eingeschlossen eine Qualitätssicherung durch vorgeschriebene **Zertifizierung** nicht nur der Zentren, ist verpflichtend zu etablieren.

Die hergebrachte Finanzierung der Betriebsmittel über DRG-Erlöse, Sonderentgelte, Zuschläge und auf der Basis der Bundespflegesatzverordnung sollen durch **ein modulares Vergütungssystem** ersetzt werden. Dabei wird jedes Krankenhaus eine gesicherte Sockelfinanzierung erhalten, mit der es je nach Versorgungsauftrag seine Vorhaltungs- und Bereitstellungskosten absichern kann. Dabei sind nach konkreten Maßstäben notwendige Sach- und Personalkosten im Sinne qualitativer Mindestvorgaben zur Erfüllung des Versorgungsauftrages zu berücksichtigen. Über die Sockelfinanzierung werden die Fehlanreize des jetzigen DRG-Systems relativiert. Die derzeit praktizierte Herausnahme der Kosten des Pflegepersonals ist bei zu behalten. Eine Ausweitung auf andere im Krankenhaus tätige Berufe ist zu prüfen.

Die Sockelfinanzierung soll durch eine **leistungs- und qualitätsorientierte Vergütung** ergänzt werden. Diese Vergütung soll aus **diagnose- und/oder therapieorientierten Fallpauschalen** bestehen. Diese Pauschalen sind auch an Qualitätsmindestvorgaben und an die Ergebnisse der Qualitätssicherung zu knüpfen. Dabei ist sicherzustellen, dass ein notwendiger angemessener Leistungsumfang erbracht wird. Ausdrücklich darin eingeschlossen sind Vor- und Nachsorge und frührehabilitative Behandlungsmaßnahmen und Maßnahmen der nahtlosen pflegerischen Anschlussversorgung.

*Denkbar ist deshalb auch, die leistungs- und qualitätsorientierte Vergütung durch **Komplexpauschalen** abzurechnen oder Elemente von personenbezogenen Pauschalen in die Vergütung einfließen zu lassen.*

Das **erneuerte Vergütungssystem** muss transparent und leicht überprüfbar sein, um die im jetzigen Vergütungssystem ständig wachsenden **Misstrauensaufwände** bei Krankenhäusern und Kostenträgern zu verhindern. Anreize zu Fehlrechnungen oder künstlichen Mengensteigerungen sind zu vermeiden. Damit wird Misstrauen vermieden. Dokumentationspflichten und Prüfverfahren sind auf das unabwiesbare Mindestmaß zu begrenzen. Dadurch kann Kapazität von Fachkräften freigesetzt werden, die dann wieder der Patientenversorgung zur Verfügung stehen.

Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität werden den derzeitigen Anreizen zur unangemessenen Mengenausweitung entgegengesetzt. Der Mittelpunkt der Versorgungsqualität, die eindeutig zu definieren ist, ist das Wohlergehen der Patient*innen.

Verbindliche Personalvorgaben für die Kernaufgaben in Diagnostik, Therapie und Pflege sind zu definieren. Allerdings sind rein quantitative Vorgaben nicht ausreichend. Auch sind notwendige Kompetenzen und Qualifikationen festzulegen. Auch hier gilt, dass die Maßnahmen umsetzbar und kontrollierbar sein müssen.

Die **duale Finanzierung** wird weiterentwickelt. Die Länder müssen durch bundesrechtliche Regelungen verpflichtet werden, ihren Investitionsverpflichtungen nachzukommen. Die modularisierte Vergütung wird in Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag wie bisher von den ge-

setzlichen und privaten Krankenkassen getragen. Die Weiterentwicklung der dualen Finanzierung wird im Sinne einer **stärkeren Beteiligung des Bundes** gestaltet. Die **Digitalisierung** der Krankenhäuser wie des gesamten Gesundheitswesens wird aus **Steuermitteln des Bundes** im notwendigen Umfang finanziert.

Für **spezielle Versorgungsbereiche wie Psychiatrie und Psychosomatik oder Kinder- und Jugendmedizin** sind weitergehende Diskussionen erforderlich. Es ist die Frage zu beantworten, ob diese Bereiche nicht gänzlich anders geplant, organisiert und vergütet werden sollten als die somatische Erwachsenenversorgung.

Die stationäre, teilstationäre und ambulante **Krankenhausbehandlung von psychisch erkrankten Menschen** ist in ihrer Finanzierung auch zukünftig in einem eigenen System zu betrachten. Begonnene Reformprozesse sind dahingehend zu intensivieren, dass sich eine personen- statt einrichtungszentrierte Behandlung und Versorgung durch Krankenhäuser weiter durchsetzt. Hierfür müssen die Sektoren – auch in der Finanzierung – überwunden werden. Die Möglichkeiten Behandlung im Wohn- bzw. Lebensumfeld sowie in bedarfsgerechter Intensität zu leisten stellen dafür wichtige Bausteine dar. Personenzentrierte Budgets für die sektorenübergreifende Versorgung stellen die Patient*innen in den Mittelpunkt und sind im Rahmen der Teilhabe mit den Kostenträgern der Eingliederungshilfe, der beruflichen und medizinischen Rehabilitation abzustimmen. Die Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen (PIA/PsIA) sollen – in enger Verzahnung mit dem niedergelassenen Bereich, den Sozialpsychiatrischen Angeboten und der Selbsthilfe – in ihrer besonderen Bedeutung für die ambulante Versorgung weiter bestärkt werden. Finanzierungsrelevante Qualitätsvorgaben zur Personalausstattung sind nur sektorenübergreifend wirksam und sind in ihrem bürokratischen Aufwand deutlich zu reduzieren. Die Ergänzung patientenzentrierter Qualitätsindikatoren ist für die fachliche Weiterentwicklung zentral. Maßnahmen von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind verpflichtend vorzuschreiben und verbindlich nachzuhalten.

Bei der Weiterentwicklung der **Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche** gelten die meisten der oben angestellten Überlegungen in besonderem Maße. Es bedarf einer wohnortnahen pädiatrischen Basis- und Notfallversorgung einerseits, spezialisierter Zentren andererseits. *Die Mit-Aufnahme und Mit-Betreuung der Eltern kranker Kinder ist sicherzustellen, auch in finanzieller Hinsicht.* Die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Pädiatrie sind aufzuheben. Das Netz der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) muss ausgebaut und die Zusammenarbeit zwischen Kinderklinik, SPZ und niedergelassenen Pädiatern muss verbindlich werden. Ein modulares Vergütungssystem für Kinder- und Jugendmedizinische Einrichtungen sollte zwingend Zeiten honorieren, die für die psychosoziale Begleitung der Kinder und ihrer Angehörigen anfallen. Die fehlende Berücksichtigung der sprechenden Medizin ist ein Defizit der meisten Vergütungssysteme, das in der Pädiatrie nicht toleriert werden kann.