

**96. Gesundheitsministerkonferenz
Amtschefkonferenz am 3./4. Mai 2023 in Reutlingen
Beschluss**

TOP 6.3

Krankenhausreform

Antragsteller: Alle Länder

Beschluss:

Die ACK empfiehlt der GMK, folgenden Beschluss zu fassen:

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung ist das oberste Ziel der Krankenhauspolitik der Länder.

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder übermitteln der Bundesregierung folgende Kernforderungen der Länder zur anstehenden Krankenhausreform. Sie verweisen im Übrigen auf den 23. Umlaufbeschluss der GMK vom 20. Oktober 2022 nebst Anlagen, der weiterhin Geltung hat und mit vorliegendem Beschluss weiterentwickelt wird.

1. Planungshoheit der Länder beachten

Krankenhausplanung ist Ländersache und muss entsprechend den verfassungsrechtlichen Gesetzgebungskompetenzen ohne Abstriche in Länderhand bleiben.

Angesichts erheblicher verfassungsrechtlicher Bedenken fordern die Länder eine schnelle und klare Positionierung des Bundes dahingehend, wie der Gestaltungsspielraum der Länder in der Krankenhausplanung gewährleistet bleibt. Die Länder bekräftigen dabei, dass die Ziele, mit der Reform eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, weiterhin den Zielen der bisherigen und zukünftigen Krankenhausplanung in den Ländern entsprechen.

Vom Bund definierte und vorgegebene Level sind – ungeachtet der Frage ihrer verfassungsrechtlichen Statthaftigkeit – für eine Krankenhausstrukturreform nicht notwendig. Es steht den Ländern frei, Level/Versorgungsstufen beizubehalten oder einzuführen.

Um die Qualität in der Versorgung zu sichern, sowie die Krankenhausstrukturen dauerhaft krisenfest zu gestalten, ist eine bundesweit einheitliche Rahmenfestlegung von Leistungsgruppen und Mindeststrukturvoraussetzungen sinnvoll. Diese darf aber nicht die Planungshoheit der Länder unterlaufen. Den Ländern müssen vielmehr eigenständige und umfangmäßig erhebliche Gestaltungsspielräume sowohl legislativer als auch administrativer Art für die Krankenhausplanung verbleiben. Leistungsgruppen und Strukturanforderungen müssen daher zwischen Bund und Ländern abgestimmt werden. Der Bund wird gebeten, darzulegen, wie aus seiner Sicht die einheitliche Festlegung von Leistungsgruppen und Mindeststrukturvoraussetzungen unter Berücksichtigung der Planungshoheit der Länder rechtskonform ausgestaltet werden soll. Hierzu sollte er Vorschläge für gesetzliche Öffnungsklauseln zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung anhand objektiver Kriterien unterbreiten.

2. Krankenhausfinanzierung weiterentwickeln

Die Umsetzung der Vergütungsreform wird umfangreiche finanzielle Anstrengungen zum Umbau und zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft erforderlich machen. Daher bedarf es eines weiteren Strukturfonds des Bundes, um die Krankenhausstrukturen reform- und sachgerecht weiterentwickeln zu können.

Für eine sachgerechte Vergütungsreform werden darüber hinaus ein Personalkostenausgleich (gestiegene Tariflöhne), ein kurzfristiger Inflationskostenausgleich sowie die Fortschreibung der neuen Vorhaltefinanzierung und Fallpauschalen auf Basis valider Kostenbetrachtungen und Kostenprognosen benötigt. Wenn diese ausgleichenden Finanzierungsmechanismen nicht berücksichtigt werden, bestehen weiterhin Fehlansätze zur Mengenausweitung und die Vorhaltevergütung können ihre Wirkung nicht entfalten. Die Länder begrüßen in diesem Zusammenhang grundsätzlich den Vorschlag der Vorhaltevergütung. Unabdingbar für deren zielgenaue und sachgerechte Ausgestaltung ist eine belastbare Auswirkungsanalyse, bevor gesetzliche Festlegungen getroffen werden.

Festlegungen oder Weiterentwicklungen der Vorhaltevergütungen können nur auf Basis valider Kostenbetrachtungen und Kostenprognosen und nur durch demokratisch

legitimierte Strukturen/Gremien (Bund mit Zustimmung der Länder) erfolgen. Des Weiteren muss die Feststellung der dauerhaften Nicht-Erfüllung bei der zuständigen Länderplanungsbehörde liegen.

Die Einführung einer Vorhaltevergütung ist als dritte Säule der Krankenhausvergütung neben den rDRGs und dem Pflegebudget zu verstehen. Bei der Einführung einer Vorhaltevergütung bleibt die Ermittlung des Pflegebudgets unberührt.

Begleitend zur Einführung der Vorhaltefinanzierung werden Maßnahmen zur Entbürokratisierung vorangetrieben. Die verschiedenen Instrumente der derzeitigen Krankenhausbetriebskostenfinanzierung sind mit Blick auf die Vorhaltefinanzierung möglichst zu vereinfachen, um dem Ziel der Entbürokratisierung gerecht zu werden. Die Selbstverwaltungspartner sollten per Gesetz dazu verpflichtet werden, Vorschläge vorzulegen, die der Entbürokratisierung dienen.

Für die Finanzierung und die Auszahlung der Vorhaltevergütung werden zur Begrenzung des bürokratischen Zusatzaufwands bereits etablierte Zahlungswege genutzt. Das heißt, das Bundesamt für Soziale Sicherung wird für die Vorhaltevergütung nicht eingebunden.

3. Sektorenübergreifende Versorgung

Die Länder fordern umfassende Gestaltungsmöglichkeiten für sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen, um sowohl für ambulante als auch für stationäre Leistungserbringer die gesundheitliche Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zukunftsfähig auszurichten.

Hierzu müssen den Ländern seitens des Bundes zeitnah ein erweiterter gesetzlicher Instrumentenkasten zur Verfügung gestellt und die erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen für eine verlässliche Finanzierung von sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen wie z.B. regionalen Gesundheitszentren, ambulant/stationären Zentren oder Primärversorgungszentren geschaffen werden.

Ziel muss eine sektorenübergreifende Regelvergütung sein.

Es bedarf entsprechend § 107 SGB V einer ergänzenden und angepassten Regelung für sektorenübergreifende Versorgungsmodelle mit Blick auf die für bisherige Krankenhäuser geltenden Anforderungen der ständigen ärztlichen Leitung sowie des jederzeit verfügbaren medizinischen Personals.

Sicherzustellen ist, dass Versorgungsaufgaben, Vergütung, Trägerart und Rechtsform geregelt sind. Insbesondere sollten sich Kommunen als Träger von regionalen Gesundheitszentren einbringen können.

Die Länder sprechen sich für eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung im Rahmen der Vorgaben der ambulanten Bedarfsplanung (§§ 115 ff. SGB V) aus. In diesem Zusammenhang ist perspektivisch ein eigenes Finanzierungssystem, zum Beispiel die Hybrid-DRGs, erforderlich.

Zugleich muss hinsichtlich der bisherigen stationären Leistungsanteile die Planung dieser Versorgungsform durch die Länder erfolgen und eine Investitionskostenförderung durch die Länder möglich sein.

4. Fachkräftebedarf als zentraler Steuerungsfaktor für die Krankenhausplanung

Die Deckung des quantitativen wie qualitativen Bedarfs an medizinischem und pflegerischem Personal ist eine wesentliche Herausforderung für die Zukunft der Krankenhäuser wie auch der ambulanten Versorgung. Die Länder berücksichtigen bereits jetzt bei ihrer Krankenhausplanung als wichtigen Gesichtspunkt auch Strategien zur Sicherung des Fachkräftebedarfs. Eine Reform der Krankenhausvergütung darf diesen Strategien nicht zuwiderlaufen und muss eine qualitativ hochwertige ärztliche und pflegerische Aus- und Weiterbildung weiterhin auch in der Fläche gewährleisten. Auch sektorenübergreifende Versorgungsmodelle mit stationären Betten müssen Pflege-Ausbildungsstätten im Sinne der §§ 7 und 8 PflBG sein können. Unabhängig davon sollte eine weitergehende Übertragung von Kompetenzen und Verantwortung an Pflegefachkräfte mit Blick auf die Attraktivität des Berufsstandes geregelt werden.

Die Gewinnung von zusätzlichem Personal für das Gesundheitssystem ist ebenso wichtig wie vorhandene Fachkräfte zielgenau einzusetzen und attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen. Die Länder stimmen überein, dass es für die Fachkräfte neben einer generell höheren Wertschätzung auch einer monetären Anerkennung bedarf. Die zuletzt vereinbarten Tariflohnsteigerungen sind hier ein wichtiger Schritt. Um eine weitere Arbeitsbelastung zu vermeiden, fordern die Länder den Bund auf, entsprechende Regelungen zur vollständigen Refinanzierung dieser Personalkostensteigerungen für die Krankenhäuser zu schaffen.

Zu spezifische Vorgaben für das Vorhalten einzelner Berufsgruppen und zu bürokratischen Auflagen im Betrieb erschweren die Sicherstellung der für die Bürgerinnen und

Bürger wesentlichen Leistungen in den Krankenhäusern. Die Länder bitten den Bund, diese Ziele im Rahmen der Krankenhausreform umzusetzen und zukünftige gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben an flexiblen multiprofessionellen Konzepten auszurichten. Spezifische Länderaktivitäten zur Verbesserung der Fachkräftesituation in der Pflege (Konzertierte Aktion Pflege) sollen bundesseitig unterstützt werden.

5. Übergangszeitraum für die Krankenhausreform

Die Länder erwarten hinsichtlich der Umsetzung der Reform einen realistischen Umsetzungszeitraum, der alle Beteiligten nicht ohne Not überlastet.

Bis Ende 2026 passen die Länder ihre Landeskrankenhauspläne an und nehmen landesgesetzliche Anpassungen vor, soweit nicht bereits erfolgt und erforderlich.

Ebenso benötigen die Länder ausreichend Zeit, um den Krankenhäusern Leistungsgruppen, die sich an dem NRW-Modell orientieren, zuzuweisen.

Im Anschluss daran beginnt für die Krankenhäuser basierend auf den zugewiesenen Leistungsgruppen die Konvergenzphase. Eine angemessene Verlängerung dieser bislang nur auf ein Jahr veranschlagten vergütungsneutralen Konvergenzzeit ist zwingend notwendig, um den Transformationsprozess erfolgreich zu gestalten.

Zur Umsetzung der Reform ist ein für alle Beteiligten verbindlicher näherer Zeit- und Aufgabenplan erforderlich.

Bis zum Beginn der Konvergenzphase ist der Bund gefordert, für eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser zu sorgen, um einen kalten Strukturwandel zu vermeiden.

Der Reformprozess darf nicht durch die Beratungen zur Notfallreform verzögert werden. Daher soll die Reform zur Notfall- und Akutversorgung nicht vor Herbst 2023 beginnen. Auch hierfür ist ein realistischer Zeitplan erforderlich.

Votum: 16 : 0 : 0

Protokollerklärung Brandenburg:

Aus Sicht des Landes Brandenburg gehört auch das Recht der Länder dazu, im Benehmen mit den Partnern des sog. 90a-Gremiums aus versorgungsstrukturellen Gründen Standorte mit extrabudgetärem ambulantem Sonderbedarf zu planen.

Protokollerklärung Bremen:

Das Land Bremen hält im Grundsatz eine Kopplung von Leistungsgruppen und Leveln für eine tatsächliche Strukturreform der Krankenhausversorgung für notwendig.