

## Thesenpapier 3 – Sommer 2021

# Gesundheitspolitische Positionen für die nächste Legislaturperiode

## Einleitung

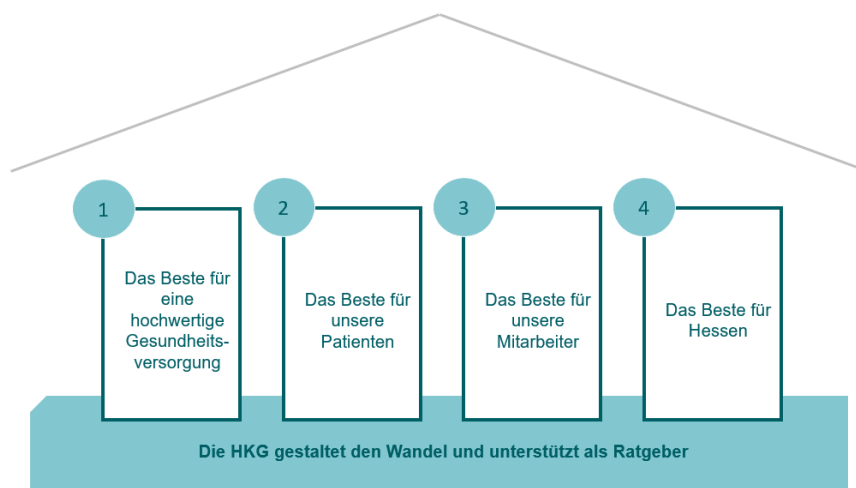
Die Daseinsvorsorge bildet das Fundament des gesellschaftlichen Zusammenhalts und der politischen Stabilität in Deutschland. Eine bedarfsgerechte und flächendeckende Gesundheitsversorgung ist essentieller Bestandteil der Daseinsvorsorge. Die Herausforderungen der Corona-Pandemie haben eindrücklich gezeigt, dass sich die Bürgerinnen und Bürger auf die Gesundheitsversorgung in Hessen verlassen können. Diese ausgezeichnete Versorgung ist ein wertvolles Gut, das die Menschen in Hessen auch zukünftig verlässlich und effizient aufgestellt wissen wollen. Es ist im Interesse aller, diesem Anspruch gerecht zu werden.

Die Hessischen Krankenhäuser präsentieren im 3. Thesenpapier der Reihe „Gesundheit gestalten“ ihre politischen Positionen für die nächste Legislaturperiode. Diese Positionen bilden den Rahmen für eine wirkungsvolle und nachhaltige Krankenhauspolitik, die eine qualitativ hochwertige Medizin und Versorgung zuverlässig und wohnortnah gewährleisten kann.

Aus den zahlreichen Angeboten und Vorschlägen zur Unterstützung der Krankenhäuser, die im Verlauf der Pandemie von den Verantwortlichen in Politik und Verwaltung präsentiert worden sind, sollen nun klar formulierte Vorgaben entwickelt und umgesetzt werden.

Das vorliegende 3. Thesenpapier setzt auf das 1. Thesenpapier „Gesundheitsversorgung 2030 in Hessen Verantwortung übernehmen – Zukunft sichern“ aus dem Herbst 2020 auf. Die dort formulierten Thesen werden hier in gleichbleibender Struktur und Clusterung um klar definierte Handlungsbedarfe und Maßnahmen erweitert.

## Die HKG gestaltet den Wandel und unterstützt als Ratgeber



---

## Das Beste für eine hochwertige Gesundheitsversorgung

- **Wir streben eine Allianz aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen an.**
- **Die daraus entstehenden Gesundheitsnetzwerke vereinen alle Partner und sichern eine umfassende sektorenfreie und patientenorientierte Gesundheitsversorgung.**

### Ambulante Notfallversorgung

#### Handlungsbedarf

Die Reform der Ambulanten Notfallversorgung stand auf der Agenda des BMG an vorderster Stelle und sollte in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden. Dazu ist es nicht gekommen. Ursächlich dafür waren die initial sehr kontrovers geführten Diskussionen zum Sachverhalt selbst und –im weiteren Verlauf - die Umstände der Coronapandemie. Allerdings stellt die Reform der ambulanten Notfallversorgung auch weiterhin eine der großen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen dar, die dringend angegangen werden muss. Dabei geht es sowohl um die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung als auch um eine bedarfsgerechte Patientensteuerung. Diese Herausforderung wird nur sektorenübergreifend zu lösen sein und bietet daher eine gute Gelegenheit, Wegbereiter einer zukünftigen Versorgung ohne Sektorengrenzen zu werden.

#### Maßnahmen

Das Pilotprojekt des „**gemeinsamen Tresens**“ im Klinikum Frankfurt Höchst wird auf die Kliniken in ganz Hessen ausgerollt. Die dortigen Strukturen haben sich über Jahre bewährt. Während die Patientensteuerung vor Ort durch den gemeinsamen Tresen unter Leitung des Krankenhauses erfolgt, bleiben die daran angeschlossenen Behandlungsstrukturen wie die Notfallambulanzen/Notaufnahmen der Kliniken oder die Ärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen der KVen weiter fester Bestandteil der ambulanten Notfallbehandlung.

Durch digitale Einbindung von niedergelassenen Praxen in die ambulante Notfallversorgung wird die Struktur weiterentwickelt. Das Projekt „**Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung**“ (**SaN**) soll in diesem Kontext weiter vorgebracht werden. Die Aufnahme von niedergelassenen Praxen in den „**Interdisziplinären Versorgungsnachweis**“ (**IVENA**) sowie die Vernetzung der einheitlichen Notrufnummer 112 mit die Patientenservicenummer 116 117 der Kassenärztlichen Vereinigung sind dabei genauso ein wichtiger Bestandteil wie die **strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED)** für die Feststellung des adäquaten medizinischen Versorgungsbedarfs. Eine solche frühzeitige Patientensteuerung wird zukünftig gewährleisten, dass Patienten mit Bagatellerkrankungen erst gar nicht in den Notfallambulanzen bzw. Notaufnahmen der Krankenhäuser Hilfe suchen.

Damit wird einer Überlastung („Overcrowding“) der Klinikstrukturen entgegengewirkt. Gleichzeitig wird die Integration aller hessischen Krankenhäuser entsprechend ihrer Notfallstufen die flächendeckende ambulante Notfallbehandlung gewährleisten.

Voraussetzung für die Implementierung solcher Strukturen sind transparente rechtliche Rahmenbedingungen und eine auskömmliche Finanzierung. Dazu zählen beispielsweise die Anpassung der Krankentransport-Richtlinie und anderer Vorschriften. Dringender Anpassungsbedarf besteht auch in der Finanzierung dieser Strukturen, die **durch die Kostenträger in geeigneter Form -präferentiell als eigenständige Vergütung-**sicherzustellen ist.

Davon auszunehmen ist die psychiatrische Pflichtversorgung, welche als stationäre als auch als ambulante Notfallversorgung in den psychiatrischen Krankenhäusern bzw. über die Psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgt.

## Ambulantisierung

### Handlungsbedarf

Aufgrund des medizinischen Fortschritts steigt die Anzahl der Fälle, die ambulant erbracht werden können. Ambulante Operationen und stationersetzende Behandlungen bergen ein hohes Rationalisierungspotential, das in einer ambulanten Krankenhausstruktur sehr gut realisiert werden kann, sofern ein Finanzierungsmodell etabliert wird, das den Kliniken einen fairen wirtschaftlichen Rahmen bietet.

Die Überwindung der Sektorengrenze bedeutet in diesem Kontext dabei auch die Sicherstellung einer quantitativ und qualitativ guten ambulanten Nachversorgung und Nachbehandlung. Die Förderung von ambulanten Operationen und von stationersetzenden Maßnahmen darf nicht primär unter dem Aspekt der Kostendämpfung gesehen werden, sondern im Sinne der Patientenorientierung und dem effizienten Einsatz des knappen Fachpersonals umgesetzt werden. Die Nutzung des ambulanten Potentials kann ein wirksames Instrument zur Lösung des Fachkräftemangels sein und darf auf keinen Fall als weitere Maßnahme einer „kalten, ungezielten Krankenhaustrukturbereinigung“ ausgestaltet werden.

### Maßnahmen

In der im MDK-Reformgesetz festgelegten **Erneuerung des ambulanten OP-Katalogs sowie die Erweiterung um stationersetzende Maßnahmen** sehen wir eine Chance auf dem Weg zu einer patientenorientierten Ausgestaltung der Versorgung. Die Leistungserbringer sind gefordert, sich zu öffnen und nicht weiter in ihren Sektoren zu verharren. Krankenhäuser sollen dabei die Möglichkeiten erhalten, weit gefächert ambulante Operationen und stationersetzende Maßnahmen durchzuführen und mit niedergelassenen Kollegen kooperativ zusammenzuarbeiten.

Für die Umsetzung sind eine Reihe von Maßnahmen erforderlich: Neben der Stärkung des Vertragsarztbereichs ist ein neues Finanzierungsmodell abseits der EBM-Systematik zu entwickeln, das die neuen Realitäten sachgerecht abbildet. Auch in der ambulanten Versorgung unterscheiden sich die Patienten häufig in ihrem Schweregrad und in ihrer Komplexität. Die ambulante Behandlung im Krankenhaus ist dabei in der Regel nicht mit einer Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gleichzusetzen. Der aktuelle EBM-Katalog bildet dies nicht ab. Um das EBM-Regelwerk an dieser Stelle aufwandsgerecht zu gestalten, wäre eine aufwendige komplette Neufassung erforderlich, die ein hochkomplexes EBM-Regelwerk zum Ergebnis hätte. Aufwandsgerechtigkeit ist allerdings im aktuellen DRG-System, welches über viele Jahre gelernt hat mit unterschiedlichen Schweregrade und mit Leistungs- und Kostenentwicklung umzugehen, durchaus abgebildet. Insofern sollte die **Vergütung für ambulanten Operationen und stationersetzenden Maßnahmen über die DRG-Systematik** erfolgen. Für die Übergangszeit kann die Kalkulation für „Ein-Tagesfälle“ übernommen werden. In den darauffolgenden Jahren erfolgt die Kalkulation über das Institut für Entgelte im Krankenhaus (InEK). Für den vertragsärztlichen Bereich kann auf diese Weise auch ein sachgerechter Abschlag berechnet werden.

## Sektorenfreie und patientenorientierte Gesundheitsversorgung

### Handlungsbedarf

Aufgrund der demographischen Entwicklung und des sich verstärkende Fachkräftemangels wird das sehr ressourcenaufwendige System der klar abgegrenzten Sektoren nicht mehr aufrecht zu erhalten sein. In strukturschwachen und dünnbesiedelten Regionen ist schon jetzt absehbar, dass die niedergelassenen Praxen an ihre Grenzen stoßen werden. In ländlichen Regionen existieren bereits heute Versorgungslücken, welche aufgrund der Altersstruktur der Vertragsärzte noch deutlich zunehmen werden. Die neue Generation der Ärzte meidet die Selbstständigkeit und sucht die Teamarbeit im Angestelltenverhältnis, sodass es Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber immer schwerer fällt, geeignete Nachfolgerinnen und Nachfolger zu finden. Andererseits fällt es auch den Kliniken in diesen Regionen zunehmend schwerer, entsprechendes Fachpersonal zu finden, Strukturvorgaben zu erfüllen und wirtschaftlich zu überleben. Sicherstellungszuschläge sind zu träge und sind keine Investition in die Zukunft. Hier müssen neue zukunftsorientierte Gesundheitsstrukturen geschaffen werden, welche unsere Kräfte und Ressourcen optimal bündeln, um diesen Herausforderungen in den nächsten Jahren begegnen zu können.

### Maßnahmen

Um eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung auch zukünftig zu gewährleisten, dürfen Krankenhausplanung der Länder und die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht länger voneinander abgekoppelt durchgeführt werden. Zugleich ist die rettungsdienstliche Versorgung mit zu bedenken. Mittelfristig muss an dieser Stelle eine

**sektorenübergreifende Versorgungsplanung** treten, bei welcher die Länder aktive Mitwirkungsrechte in der vertragsärztlichen Versorgungssteuerung haben. Kurzfristig sind gerade in den ländlichen Regionen an dem tatsächlichen Bedarf orientierte **Institutsambulanzen** an den Krankenhäusern einzurichten sowie in allen Regionen die **ambulant spezialärztlichen Leistungen (ASV)**, um weitere Krankheitsbilder zu erweitern und deutlich zu entbürokratisieren. Gleichzeitig sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die **(honorar-)belegärztliche Versorgung** dringend anzupassen. Die Abzüge der DRG-Vergütung sind nicht nachvollziehbar und konterkarieren an dieser Stelle die gewünschte enge Verzahnung zwischen Krankenhaus- und Vertragsarztbereich.

Auch die Sektorengrenzen zwischen Krankenhaus-/ und Pflegebereich müssen gelockert werden. Insbesondere im Bereich der **Kurzzeitpflege** bedarf es dringend der Möglichkeit einer krankenhaushnahen Anschlussversorgung mit klaren Regelungen und einer eigenen Finanzierung. Die Regelungen des GVWG weisen in die richtige Richtung.

Mit der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) besteht in der Psychiatrie bereits jetzt die Möglichkeit einer aufsuchenden, multiprofessionellen stationären Behandlung. Diese kann als Vorbild für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen auch in anderen Bereichen dienen.

## Das Beste für unsere Patienten

- **Wir stärken Patientenrechte und -autonomie.**
- **Mit unseren Partnern gewährleisten wir den koordinierten Zugang zu einer patientenorientierten und effizienten Gesundheitsversorgung.**
- **Regionale Gesundheitszentren stellen die Versorgung in der Fläche sicher.**
- **Die Fachkonzepte im hessischen Krankenhausplan werden weiterentwickelt und ergänzt.**
- **Investition in Medizin zahlt sich aus und sichert unseren Wohlstand.**

## Sektorenfreie Versorgungsketten mit gestufter Versorgung (Fachkonzepte)

### Handlungsbedarf

Die Förderung und Etablierung regionaler krankenhauszentrierter Versorgungsnetzwerke in Form unserer Fachkonzepte ist in Hessen schon seit Jahren im Krankenhausplan verankert. Strukturen und Zusammenarbeit der Krankenhäuser angelehnt an unseren Erfahrungen zum Beispiel aus dem Hessischen Onkologiekonzept haben sich in der Pandemie grundsätzlich bewährt. Es gilt mit diesen Erfahrungen unsere Fachkonzepte weiter zu entwickeln, sie sektorenübergreifend auszubauen und vor allem mit der notwendigen Digitalisierung auszustatten. Bundesweite G-BA-Regelungen dürfen unsere hessischen Aktivitäten nicht

behindern und bereits erreichte Ziele einer patientenorientierten und qualitativ hochwertigen Medizin nicht in Frage stellen. Hierzu dürfen vor allem die Finanzierungsgrundlagen nicht entzogen werden bzw. sind alternative Möglichkeiten zu finden.

### **Maßnahmen**

Die bisherigen **Fachkonzepte** (Hessisches Onkologiekonzept, Hessisches Geriatriekonzept, Hessisches Schlaganfallkonzept und Hessisches Psychiatriekonzept) müssen weiterentwickelt und hinsichtlich der bundesweiten G-BA-Zentrumsregelung abgestimmt werden. Insbesondere das über die Grenzen hinaus anerkannte und hoch geschätzte Hessische Onkologiekonzept wird aufgrund der in der G-BA-Zentrumsdefinition festgelegten Kriterien die Finanzierungsgrundlage entzogen, da nur ein deutlich eingeschränkter Umfang an besonderen Aufgaben von den Krankenkassen hierüber finanziert wird. Für viele Bundesländer ist die G-BA-Definition eines Onkologischen Zentrums ein Fortschritt, für Hessen aber ein dramatischer Rückschritt und gefährdet massiv unser Onkologiekonzept in Hessen. Hier benötigen wir dringend alternative Finanzierungsformen in Form von Landesförderung oder Verträge nach §140a SGB V oder nach §17 Abs. 7 HKHG. Insgesamt zeigt dieses Beispiel aber deutlich, dass die Länder unabdingbar Öffnungsklauseln benötigen, um in begründeten Fällen von bundesweiten Vorgaben abweichen zu können.

Neben der Weiterentwicklung der bestehenden Fachkonzepten sind weitere Fachkonzepte wie unter anderem zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zur Pädiatrischen Versorgung, zur kinder- und jugendpsychiatrisch-/psychosomatischen Versorgung oder zur Traumaversorgung neu aufzunehmen.

Die **Digitalisierung** spielt bei der Vernetzung eine außerordentlich wichtige Rolle und ist - mit adäquater Unterstützung des Landes Hessen und des Bundes fortzuführen. Die Implementierung des Tele-COVID-Projekts zeigt beispielhaft, was erreicht werden kann, wenn Netzwerkstrukturen „gelebt“ werden. Dabei ist es in kurzer Zeit gelungen, dass sich die hessischen Krankenhäuser digital über die Behandlung und evtl. Verlegungsnotwendigkeiten von COVID-Patienten austauschen können. Eine Ausweitung des Projektes auf alle intensivmedizinisch versorgten Patienten ist geboten.

## **Gesundheitszentrum / Gesundheits-Campus**

### **Handlungsbedarf**

Die Krankenhäuser in Deutschland stehen vielfach in der öffentlichen Wahrnehmung für die akutstationäre Versorgung für Patienten. Dabei sind sie bereits heute interdisziplinär ausgerichtet und machen diese als integriertes Dienstleistungszentrum zu einem idealen Anlaufpunkt für eine sektorenfreie Versorgung. Die medizinischen Experten in den

Krankenhäusern behandeln in Deutschland pro Jahr über 20 Mio. Patienten stationär und ebenso viele ambulant. Daran lässt sich die große Bedeutung der Krankenhäuser für die medizinische Behandlung von Patienten ablesen. In ländlichen Räumen stehen u.a. kleine, wenig spezialisierte Akutkrankenhäuser vor gravierenden ökonomischen Problemen. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind mit Herausforderungen im ambulanten Bereich konfrontiert. Die Nachbesetzung freiwerdender Sitze gelingt nur unzureichend. Diese Entwicklungen gefährden die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung insbesondere im ländlichen Raum.

Patienten und Versicherte befürchten neben Einschnitten in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung aber auch den Verlust von Wirtschaftskraft und Arbeitsplätzen in ihrer Region (vgl. Schmid, 2014).

Dabei bestehen gerade für diese Leistungserbringer Probleme bei der Personalgewinnung und der Erfüllung steigender Qualitätsanforderungen. Immer mehr multi-morbide geriatrische Patienten, ständig steigende Anforderungen an eine am Bedarf der Patienten und nicht an tradierten Sektorengrenzen ausgerichteten Versorgung, sowie weitere existierende Probleme, speziell in ländlichen Räumen, erzeugen einen hohen Handlungsbedarf.

Während einerseits vehement für einen Abbau von Krankenhausbetten und Schließungen von ganzen Standorten geworben wird, wird andernorts mit viel Engagement und erheblichen finanziellen Aufwand dafür gekämpft, auch kleine Krankenhäuser zu erhalten. Patienten, Versicherte wie auch Kommunalpolitiker, Landtags- und Bundestagsabgeordnete „kämpfen“ für Ihr Krankenhaus, auch wenn das Angebot vor Ort beschränkt ist.

Personalknappheit, Mindestmengen und die unzureichende Finanzierung der notwendigen Investitionen setzen die deutschen Krankenhäuser unter einen erheblichen Druck. Diese Entwicklung führt in der Konsequenz zu einem unstrukturierten und unsystematischen Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft, der den erklärten Versorgungs- und Qualitätszielen zuwiderläuft.

Gleichwohl besteht Konsens, dass eine hochwertige Gesundheitsversorgung Teil der staatlich zu garantierenden Daseinsvorsorge ist und patientenorientiert gedacht werden muss. Unterversorgte Regionen sind ebenso wie überversorgte mit der gleichen Aufmerksamkeit zu betrachten. Fehlallokationen sind zu benennen sowie ihre Ursachen und Auswirkungen zu analysieren. Nur auf Grundlage einer gründlichen Analyse kann und darf ein politisch gewollter, systematischer Strukturwandel initiiert werden. Dieser Wandel ist dann auch adäquat zu finanzieren. Dabei ist auch zu beachten, dass die langwierigen und bürokratisierten Antragsverfahren wie beispielsweise im Kontext des Strukturfonds II, notwendige Strukturänderungen verzögern und teilweise sogar verhindern. Das Konzept des Gesundheitszentrums zeichnet sich dadurch aus, dass ein versorgungsadäquater Zugang zur medizinischen, wohnortnahen Versorgung auf Dauer gewährleistet werden kann. Der niedrigschwellige Zugang wird insbesondere im ländlichen und/oder strukturschwachen Raum aber nur gelingen, wenn die bestehenden Grenzen zwischen den Versorgungssektoren durchlässig - oder besser aufgelöst - werden und die derzeitigen Akteure ihre Ressourcen bündeln. In der Praxis gibt es bereits einige Beispiele in Baden-Württemberg, Brandenburg,



Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen u.a., die einer erfolgreichen Umsetzung dieser Vision nahekommen. In Hessen existieren derzeit keine vergleichbaren Projekte.

### **Maßnahmen**

Aus Krankenhausstandort wird Gesundheitsstandort – Unter diesem Motto skizziert die Hessische Krankenhausgesellschaft eine Alternative für strukturschwache und ländliche Regionen. Dort stehen mit den Krankenhausstandorten bereits infrastrukturelle Einrichtungen bereit, die alle Voraussetzungen mitbringen, in der anstehenden Transformation eine zentrale Rolle für die lokale und regionale Gesundheitsbasisversorgung der Bevölkerung in einem Gesundheitsnetzwerk in Form eines **intersektoralen Gesundheitszentrums** einzunehmen. Solche Zentren sind eingebunden in ein regionales Gesundheitsnetzwerk und stellen die Versorgung an der Nahtstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sicher. Das Gesundheitszentrum ist das Bindeglied zwischen der lokalen Gesundheitsbasisversorgung und der (über-)regionalen, spezialisierten Versorgung in einem Krankenhaus, welches mindestens der Schwerpunktversorgung zugerechnet werden kann. Vor Ort kann das Gesundheitszentrum als ambulante Anlaufstelle die 24/7-Notfallversorgung sicherstellen und arbeitet eng mit den niedergelassenen angestellten und freiberuflichen Leistungserbringern aus allen Bereichen der regionalen Gesundheitsversorgung zusammen. Ein intersektorales Gesundheitszentrum kann durch die Umwandlung eines ehemaligen Krankenhausstandorts entstehen oder ein bestehendes Krankenhaus ergänzen und stärken. Durch die digitale Vernetzung wird die medizinische Kompetenz dem gesamten regionalen Gesundheitsnetzwerk zur Verfügung gestellt und weitestgehend vom Ort der Leistungserbringung entkoppelt.

Die Realisierung eines Gesundheitszentrums kann anhand einer geeigneten Modellregion exemplarisch als Blaupause für weitere Standorte entwickelt und begleitet werden. Eine Modellregion könnte dadurch gekennzeichnet sein, dass in diesem Gebiet die ambulante und stationäre Versorgung zunehmend schwieriger werden wird und seitens der Leistungserbringer die Bereitschaft besteht, an einem Modellvorhaben teilzunehmen. Ggf. kann dies im Rahmen einer Ausschreibung erfolgen. Neben einer Projektsteuerungsgruppe, die das Modellvorhaben unterstützt und berät, halten wir eine wissenschaftliche Begleitung für dringend geboten. Insbesondere wird es aber darum gehen, in den ausgewählten Modellregionen die Bevölkerung einzubinden und kommunikativ vorzubereiten.

Eine detaillierte Darstellung von möglichen Strukturen, Rollen und Aufgaben finden Sie in der Anlage „Vom Krankenhausstandort zum Gesundheitsstandort“





---

## Das Beste für unsere Mitarbeiter

- **Gesundheitsversorgung ist Teamarbeit.**
- **Zeit für den Patienten statt Aufwand für Bürokratie.**
- **Moderne Arbeitsplätze brauchen Investitionsmittel.**
- **Die Leistung unserer Mitarbeiter muss adäquat bezahlt und refinanziert werden.**

## Personalgewinnung, Personalbindung und Ausbildung

### Handlungsbedarf

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen droht in den kommenden Jahren der entscheidende limitierende Faktor in der Versorgung zu werden. Die Personalsituation zu verbessern, muss daher im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Aktivitäten in der nächsten Legislaturperiode stehen.

Wir müssen wieder mehr Menschen für die Gesundheitsberufe begeistern!

Dies gilt nicht nur für das Pflegepersonal, sondern gleichermaßen für Ärztinnen und Ärzte, Therapie-/Funktionspersonal und IT-Fachkräfte. Neues Personal zu gewinnen, aber auch vorhandenes Personal weiter zu binden, gerade nach der über viele monatelangen Höchstbelastung während der Corona-Pandemie, ist dabei für die Krankenhäuser die größte Herausforderung. Ein attraktives Arbeitsumfeld mit familienfreundlichen, flexiblen und verlässlichen Arbeitszeiten ist hierfür eine Grundvoraussetzung. Nur so können junge Menschen für die Ausbildung gewonnen und internationale Pflegekräfte aus dem Ausland für eine Tätigkeit in Deutschland akquiriert werden, um den Bedarf an Fachkräften in Zukunft zumindest annähernd decken zu können. Im ärztlichen Bereich, wo die Anzahl der Bewerber die Anzahl der Studienplätze um den Faktor 10 übersteigt, sind endlich auch zusätzliche Studienplätze zu schaffen, die den demographischen Faktor ausgleichen.

### Maßnahmen

Die Krankenhäuser gehen mit Personalressourcen und Personaleinsatz verantwortungsvoll um. Starre und unflexible Vorgaben, wie die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG), sorgen nur für weiteren Bürokratieaufwand, erschweren den Einsatz der knappen Personalressourcen und werden den individuellen Gegebenheiten einer interprofessionellen Versorgung vor Ort nicht gerecht. Personaluntergrenzen schaffen keine verbesserte Versorgung. Eine Personalbemessung, welche dem tatsächlichen Pflegeaufwand und der realen Arbeitsbelastung gerecht wird, ist der deutlich bessere Weg. Daher ist die PpUG dringend durch das **Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0** abzulösen. Daran ist die



Pflegepersonalausstattung dann stufenweise auszurichten, wobei der Ganzhausansatz, die Berücksichtigung der pflegeentlastenden Maßnahmen und die Verminderung des bürokratischen Aufwands im Fokus stehen. Analog muss auch eine umfassende Weiterentwicklung der PPP-RL erfolgen. Diese basiert auf der über 30 Jahre alten PsychPV und bildet zeitgemäße Versorgungsstrukturen und Therapien nicht mehr ab.

Die Krankenhäuser brauchen insgesamt bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze. Nicht zuletzt ist dazu insbesondere auch die vollständige **Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen** aller Mitarbeiter unabdingbar. Nur wenn die Vergütung in den Krankenhäusern **wettbewerbsfähig ist und marktkonforme Gehälter** gezahlt werden können, die wiederum im Rahmen des bestehenden Finanzierungssystems vollständig zu refinanzieren sind, werden die Kliniken auch zukünftig leitungsfähig bleiben.

Darüber hinaus ist die Anzahl der **Ausbildungsplätze** erheblich zu erhöhen. Dabei sind die Krankenhäuser bei ihren Bemühungen von dem zuständigen Regierungspräsidium tatkräftig zu unterstützen. Die Qualifikation **Internationaler Pflegekräfte** soll gründlich, unbürokratisch und schnell erfolgen, damit diese Kräfte zeitnah eingesetzt werden können.

## Abbau von Bürokratielasten

### Handlungsbedarf

In den vergangenen Jahren wurden den Krankenhäusern vom Gesetzgeber eine Flut von zusätzlichen Dokumentations- und Nachweispflichten auferlegt. Die Umsetzung dieser Regelungen ist – insbesondere auf Seiten der Kostenträger - von einer unerträglichen Misstrauenskultur gegenüber den Krankenhäusern geprägt. Die Gesamtkosten der Regulierungswut übersteigen mittlerweile die erhofften Einsparungen bei weitem. Zudem wird auf allen Seiten wertvolles Fachpersonal von seinen eigentlichen Aufgaben abgehalten. Die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen ist dabei aus dem Fokus gerückt. Hinzu kommt, dass die Wertschätzung gegenüber den Menschen, die die Patientenversorgung in den Kliniken Tag ein Tag aus rund um die Uhr sicherstellen, völlig verloren gegangen ist. Die Bürokratiebelastung der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist kaum noch zu bewältigen und ist außerordentlich demotivierend. Eine dringend notwendige Entbürokratisierung zur sofortigen Entlastung des Krankenhauspersonals schafft unmittelbar mehr Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten.

### Maßnahmen

Das **MDK-Reformgesetz** muss halten, was ursprünglich versprochen war: Für den Abbau von Bürokratie, für einen unabhängigen Medizinischen Dienst, für transparente und gezieltere

Prüfungen, gegen wettbewerbsrelevante Fehlanreize und Erlösoptimierung durch überzogene Prüfungen seitens der Krankenkassen.

Wir unterstützen den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Einführung eines **Expertenbeirats zum Abbau von Bürokratie**. Neben BMG und Selbstverwaltung ist hierbei die Besetzung mit Praktikern aus Krankenhäusern und Krankenkassen absolut begrüßenswert. Wichtige Aufgaben dieser Expertengruppe wären, die **Dokumentationslast und den Anteil der Arbeitszeit für Dokumentation und Bürokratie** deutlich zu senken. Daneben muss die **quartalsbezogene Prüfquote** transparent ermittelt oder vereinfacht auf grundsätzlich 5% begrenzt werden. Für eine **neutrale und krankenkassenunabhängige Prüfinstanz** ist es absolut unerlässlich, dass die Gremien des Medizinischen Dienstes auch mit Vertretern der Krankenhausesseite besetzt werden. **Strafzahlungen**, welche nur auf ein negatives Gutachten des Medizinischen Dienstes gründen, sind ersatzlos zu streichen. Die Anforderungen an die Personelnachweispflichten in der Somatik wie in den psychiatrischen Fächern müssen dem Grundsatz des Bürokratieabbaus folgen.

## Digitalisierung

### Handlungsbedarf

Mit dem Krankenhauszukunftsfonds zur Förderung der digitalen Infrastruktur und zur Verbesserung der IT- und Cybersicherheit hat die Bundesregierung ein wichtiges Zeichen gesetzt, um die Digitalisierung in den deutschen Krankenhäusern voranzubringen. Die 3 Mrd. Euro vom Bund und die weiteren 1,3 Mrd., die von den Ländern und den Krankenhausträgern, aufgebracht werden, stellen eine wichtige Anschubfinanzierung dar. Die erhöhten Investitionen in die digitale Infrastruktur gehen in der Folge mit erhöhten Betriebskosten für Lizenzen, für Wartung der Systeme und für die dauerhafte Finanzierung notwendige IT-Fachkräfte einher. Systembedingt werden diese Kosten bislang nicht über die DRG-Finanzierungssystematik abgebildet. Weiterhin muss für die Nachhaltigkeit der Digitalisierungsprojekte weitere Investitionsmittel zu Verfügung gestellt werden.

### Maßnahmen

Für die Weiterentwicklung und die Wiederbeschaffung dauerhaft zu gewährleisten, müssen Investitionsmittel speziell für die Digitalisierung dauerhaft in die **Investitionsregelfinanzierung** überführt werden. Gemäß Forderung der DKG sollte für die fehlende Finanzierung der Betriebskosten dauerhaft einen **Digitalisierungszuschlag** in Höhe von 2% auf alle Krankenhausrechnungen erhoben werden. Auch die Kosten der Krankenhäuser für die Umsetzung des **Branchenspezifischen Sicherheitsstandards** für die Gesundheitsversorgung muss dringend refinanziert werden. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen zur Erbringung von **telemedizinischen Leistungen** müssen geregelt werden.



---

## Das Beste für Hessen – größter Arbeitgeber, Ausbildungsstätte und Wirtschaftskraft

- **Gesundheitsversorgung ist ein bedeutender Standort- und Wachstumsfaktor für das Land Hessen.**
- **Gesundheitsnetzwerke als strukturpolitisches Instrument bieten Standortattraktivität und Sicherheit für die Region.**
- **Wir geben jungen Menschen eine Chance durch Ausbildung und Studium.**
- **Für Fachkräfte aus dem Ausland ist der Zugang zum hessischen Arbeitsmarkt zu erleichtern.**
- **Krankenkassen reformieren, Partnerschaft zwischen Kosten- und Leistungsträgern wiederaufbauen.**

### Krankenhausfinanzierung

#### Handlungsbedarf

Die über viele Jahre unzureichende Investitionsfinanzierung hat zu einem erheblichen Investitionsstau in den Krankenhäusern geführt. Die Defizite der unzureichenden Investitionsfinanzierung können nicht im Rahmen der Krankenhausvergütungen zur Refinanzierung der Betriebskosten gelöst werden. Für eine patientenorientierte, moderne und effiziente Krankenhausversorgung ist daher eine nachhaltige und auskömmliche Investitionsfinanzierung unerlässlich. Das ist insbesondere auch im Kontext der Corona-Pandemie deutlich geworden: Ein rein leistungsorientiertes Vergütungssystem wird der Versorgungsrealität nicht gerecht.

#### Maßnahmen

Die hessische Landesregierung stellte im Jahr 2021 zusätzlich zu der **Pauschalförderung** in Höhe von 283 Mio. Euro noch 120 Mio. Euro aus dem Corona-Kommunalkpaket zu Verfügung. Zusammen mit der Länderbeteiligung am Strukturfond II wurde 2021 somit 438 Mio. Euro an Pauschalfördermittel zu Verfügung gestellt und somit die vom InEK ermittelte Fördersumme von 460 Mio. Euro fast erreicht. Mit dieser Fördersumme befindet sich das Land Hessen im Vergleich zu den anderen Ländern im oberen Drittel und hat ihre Krankenhäuser im Corona-Jahr 2021 hinsichtlich der Investitionsmittel sehr gut unterstützt. Da es sich bei den 120 Mio. Euro um einen einmaligen Betrag im Rahmen der Corona-Bewältigung handelte, wird für das Jahr 2022 voraussichtlich wieder eine Lücke in Höhe von 140 Mio. Euro entstehen. Dauerhaft muss die Differenz zwischen InEK-berechneten notwendigen Investitionsbedarf und tatsächlichen Investitionsmittel geschlossen werden.

Das DRG-Vergütungssystem zur Refinanzierung der **Betriebskosten** hat sich in den 18 Jahren seit seiner Einführung als „Lernendes System“ deutlich weiterentwickelt. Manche Entwicklungen waren gut und wichtig. Wir haben aufgrund des DRG-Systems hervorragendes Datenmaterial hinsichtlich unserer medizinischen Leistungen sammeln können. Andere Entwicklungen waren weniger positiv, wie zum Beispiel die Entwicklung weg von einem Pauschalsystem in eine kaum noch zu beherrschende detailverliebte Einzelfallabrechnung mit erheblichen Fehlanreizen. Spätestens die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass ein rein leistungsorientiertes Abrechnungssystem zu kurz gedacht ist. Dennoch gibt es keine wirkliche Alternative zum DRG-System, aber es muss deutlich nachjustiert werden. So muss ein zukunftsfähiges Vergütungssystem die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Versorgungsangeboten stärker als bisher berücksichtigen. Eine Mischung aus einer leistungsunabhängigen Grundpauschale orientiert an dem regionalen Versorgungsbedarf und einer leistungsorientierten Vergütung sollte hier die Lösung sein. Neben diesen großen und grundsätzlichen Veränderungen des Vergütungssystems müssen kleine Sofortmaßnahmen umgesetzt werden, wie zum Beispiel die dauerhafte Beibehaltung der **5-Tages-Zahlungsfrist** der Krankenkassen.

Strukturveränderungen, Digitalisierung und Nachhaltigkeit sind durch **spezielle Sonderfördermaßnahmen** nachhaltig zu finanzieren. Die Strukturfonds I und II sowie der Krankenhauszukunftsfonds waren und sind gute erste Schritte. Antragsverfahren und Feststellungsbescheide müssen aber dringend beschleunigt werden. Zur Verfügung stehende Gelder dürfen nicht durch umständliche und längliche Verfahren zurückgehalten, sondern sollten schnell und zielgerichtet eingesetzt werden. Bei Mitbeteiligung der Länder dürfen Sonderfördermaßnahmen nicht zu einer Reduzierung der Pauschalfördermittel führen.

## Reformbedarf der Krankenkassen

### Handlungsbedarf

Um die vielfachen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu meistern, braucht es einen Strukturwandel. Diesen Strukturwandel aber allein auf die Krankenseite zu beschränken, ist deutlich zu kurz gesprungen. Themen wie die demographische Entwicklung, der Fachkräftemangel, die flächendeckende Gesundheitsversorgung oder der stetig steigende Kostendruck werden nicht allein durch eine Reform der Krankenhausstrukturen zu lösen sein. Krankenhäuser und Vertragsärzte müssen neue Wege gehen, ihre Ressourcen bündeln und gemeinsam innovative Versorgungsformen umsetzen.

Neben den Leistungserbringern stehen die **Krankenkassen als Kostenträger** ebenfalls in der Pflicht, ihre Strukturen und Prozesse zu überdenken und deutlich effizienter zu gestalten. Die Krankenkassen, die sich selbst gerne als Reformer und Gestalter sehen, nehmen – nicht zuletzt aufgrund des Wettbewerbsdrucks untereinander - in Wahrheit eher die Rolle des

Kontrolleure und des Verhinderers ein. Die zunehmend zentralistischen Strukturen der Krankenkassen lassen häufig den Playern vor Ort keinen Spielraum mehr zu, ermöglichen wenig Flexibilität und sind häufig nur noch fiskalisch gesteuert. Die Entwicklungen der letzten Jahre sind geprägt von einem Kampf um Zusatzbeiträge und um morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleiche (Morbi-RSA). Der Wettbewerb um Qualität und bestmögliche Versorgung der Versicherten bleibt auf der Strecke. Leistungserbringer und Kostenträger entfernten sich in einem fehlgesteuerten Wettbewerb immer mehr von einem partnerschaftlichen Miteinander und von dem gemeinsamen Ziel einer guten und patientenorientierten Versorgung.

Insgesamt sind daher auch die Strukturen der Kassen auf den Prüfstand zu stellen. Der Aufwand, der in diesem Bereich für die Verwaltung von Versichertengeldern betrieben wird, ist kritisch zu hinterfragen, Einsparpotenziale sind zu benennen und umzusetzen.

### Maßnahmen

Der regionale Bezug der Krankenkassen und die **regionale Verantwortung** auch der Kostenträger für eine gute Gesundheitsversorgung müssen wieder verstärkt in den Fokus genommen werden. Umsetzungen von landesspezifischen und regionalen Besonderheiten brauchen nicht nur landespolitische Entscheidungshoheit, sondern auch die notwendige Flexibilität der Beteiligten und hier insbesondere der Krankenkassen. **Fehlanreize** müssen eliminiert werden. Kasseneigene Prüfungen und durch die Kassen induzierte MD-Prüfungen dürfen kein wettbewerbsrelevantes Werkzeug sein, das durch generierte Rückforderungen Einfluss auf die Zusatzbeiträge nimmt. Jedes noch so detailliertes MDK-Reformgesetz wird nicht zum notwendigen Bürokratieabbau führen, solange es bei grundlegenden Fehlanreizen auf der Kassenseite bleibt. Die Strukturen der Krankenkassen müssen auf **Einsparpotentiale geprüft** und möglichst **effizient gestaltet** werden. Hierbei ist die Anzahl der Krankenkassen auf ein notwendiges Maß zu reduzieren, welches einerseits die Verwaltungskosten reduziert, die Prozesse verschlankt und Fachkräfte spart, aber andererseits auch einen qualitätsorientierten Wettbewerb zulässt.