



Weiterentwicklung der stationären Versorgung in Sachsen

Stellungnahme der Ersatzkassen zum
Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung
des Sächsischen Krankenhausgesetzes
(SächsKHG)

Zur Einordnung

Das 1993 in Kraft getretene sächsische Landeskrankenhausgesetz ist in die Jahre gekommen. Um die Weiterentwicklung des Gesetzes vorzubereiten, rief die Landesregierung die „*Zukunftswerkstatt für ein neues Sächsisches Krankenhausgesetz*“ im 1. Halbjahr 2021 ins Leben. Mittels Partizipation wichtiger Akteure aus Politik Gesundheitswesen sowie Verwaltung legte dieses neue Beteiligungsformat den Grundstein für die nun laufende Gesetzesnovelle.

Im Frühjahr 2020 hat die *Corona-Pandemie* die Gesundheitsversorgung in Sachsen sowie bundesweit in einen temporären Krisenmodus versetzt. Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Pflegedienstleister und viele weitere Akteure des sächsischen Gesundheitswesens engagieren sich in allerhöchstem Maß für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Das gut funktionierende Zusammenspiel der Beteiligten ermöglichte es, dass das Versorgungssystem zwar zeitweise an seine Grenzen zu stoßen drohte, trotz extremer Belastungen jedoch nicht kollabierte. Die bisherigen Einsichten aus der Bewältigung der Corona-Krise müssen genutzt werden, um das Versorgungssystem zukunftssicher zu machen.

Von Seiten der Bundesebene eröffnet der *Koalitionsvertrag* der neuen Bundesregierung Perspektiven für die Ausgestaltung sachsenspezifischer Regelungen im stationären Kontext. So soll sich die Krankenhausplanung speziell unter Gesichtspunkten wie Erreichbarkeit und Demografie weiterentwickeln. Für die Vergütung ist eine Differenzierung nach Versorgungsstufen angedacht. Auch die verstärkte Zentrenbildung wird aufgegriffen – ebenso wie niedrighschwellige Beratungsangebote und eine zunehmende Ambulantisierung, z. B. durch Hybrid-DRGs. Insgesamt ist zu konstatieren, dass gerade das Zusammenspiel verschiedener Ebenen – in Form von Neuregelungen innerhalb des Bundesländer-Pakts – für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung von großer Bedeutung sein wird.

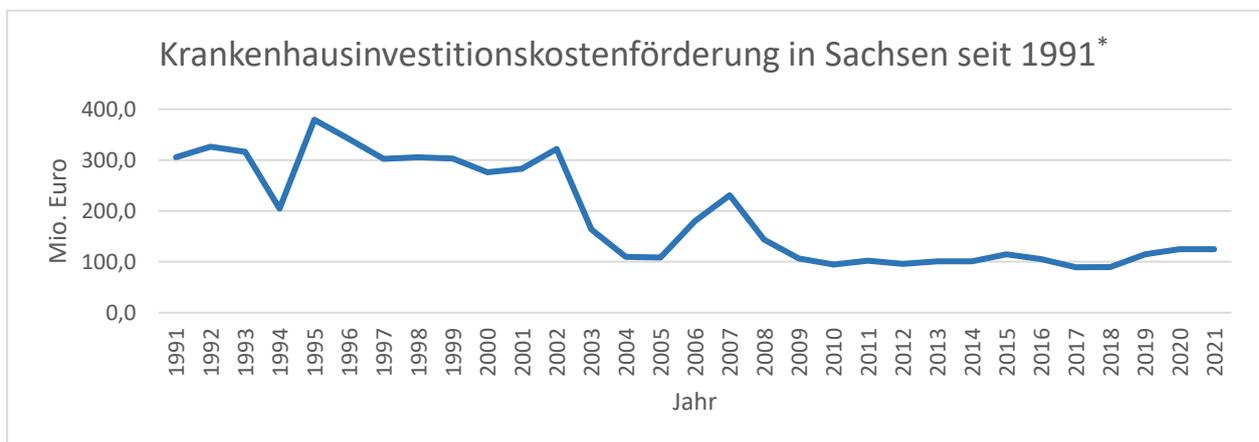
Aus Sicht der Ersatzkassen liefert der nun vorliegende *Referentenentwurf zum Sächsischen Krankenhausgesetz (SächsKHG)* wichtige Ansatzpunkte und Impulse für eine vorwärts gerichtete, konstruktive Diskussion. Im Grundsatz begrüßen wir viele der im Entwurf getroffenen Regelungen, so z. B.

- die ersten Ansätze zum Umgang mit der grundsätzlichen Herausforderung der Digitalisierung,
- die Erwähnung und Aufnahme von Plan-Qualitätsindikatoren,

1. Zukunftssichere Finanzierung der Krankenhausversorgung

Eine konstruktive Weiterentwicklung der sächsischen Versorgungslandschaft setzt eine aktive und transparente Krankenhausplanung voraus. Dabei sind Krankenhausplanung und -finanzierung in Form einer Einheit zu betrachten. Wir sehen eine nachhaltige und auskömmliche *Investitionskostenfinanzierung* als wesentliches strukturgestaltendes Element des Planungsprozesses. Gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) liegt die Finanzverantwortung für Investitionskosten bei den Bundesländern und die Begleichung der Betriebskosten bei den Krankenkassen (duale Finanzierung). Die in den 1990er Jahren auf Grundlage des Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) geschaffene sehr gute Finanzierungssituation im Freistaat Sachsen unterliegt seit dem Jahr 2009 jedoch einem deutlichen Erosionsprozess (siehe Grafik 2).

Grafik 2: Krankenhausinvestitionskostenförderung im Freistaat Sachsen, 1991 bis 2021



*Einzel- und Pauschalfördermittel nach §10 und §11 SächsKHG, inkl. Art. 14 GSG (1995–2014), nicht berücksichtigt: Mittel Krankenhausstrukturfonds/Krankenhauszukunftsfonds

Quelle: Freistaat Sachsen/eigene Darstellung

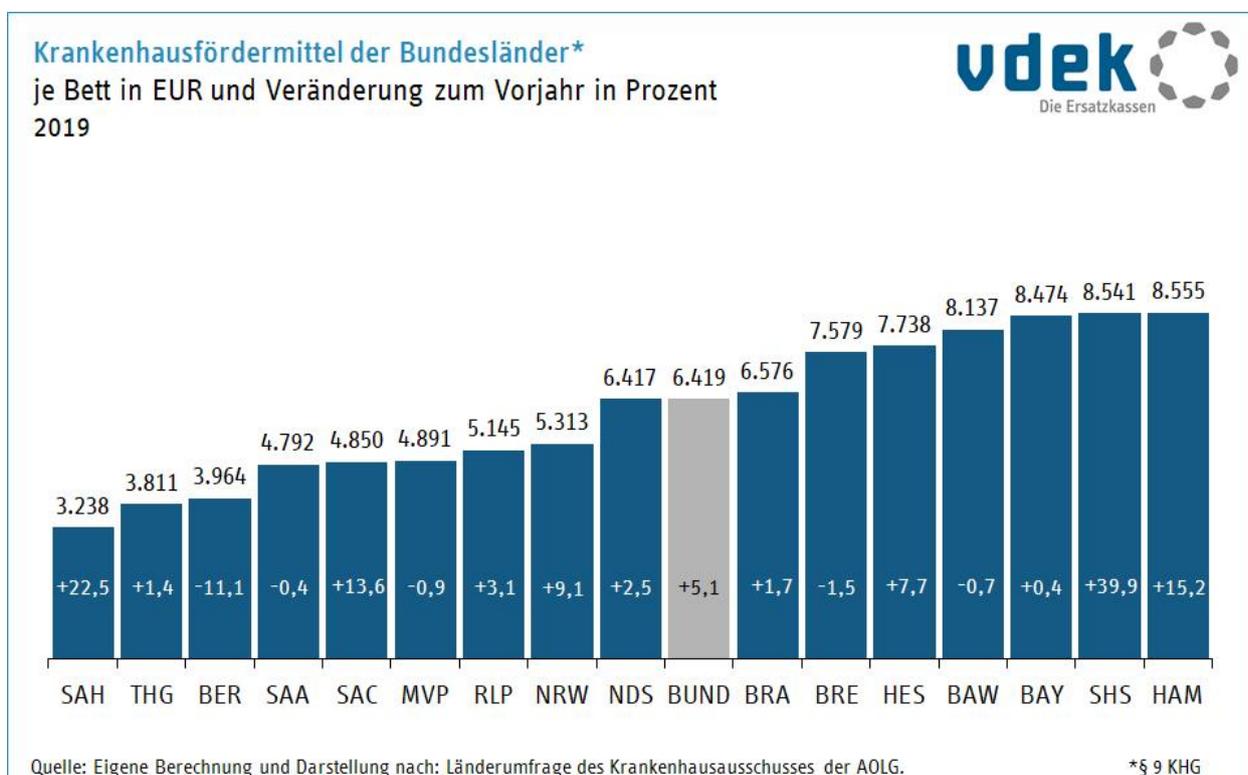
Im Jahr 2012 beauftragte der Sächsische Landtag die Staatsregierung mit einem Entschließungsantrag der Fraktionen CDU und FDP zu Drs. 5/9949, die Investitionen in Krankenhäusern in angemessener Höhe sicherzustellen. Neben einem jährlichen Investitionsbedarf von 140–230 Mio. Euro wurde die dringende Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung schon damals festgestellt. Verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten wurden abgestimmt, von denen lediglich die Stärkung der Pauschalförderung zu Lasten strukturgestaltender Einzelförderung vollzogen wurde.

Deshalb besteht auch jetzt noch die dringende Notwendigkeit der *Weiterentwicklung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung*. Das derzeitige Finanzierungsniveau ist im bundesweiten Vergleich weiterhin als unterdurchschnittlich zu konstatieren (siehe Grafik 3).

Die Ersatzkassen sehen es kritisch, dass sich im vorliegenden Referentenentwurf des SächsKHG kein konkretes Bekenntnis zur Finanzierungsverantwortung des Landes findet. Für eine ausreichende Finanzierung der stationären Versorgungsstrukturen sollte in

§ 11 eine Investitionsquote von 8 Prozent als Untergrenze gesetzlich fixiert werden. Im Jahr 2019 entsprach die Investitionsquote in Sachsen jedoch nur 2,5 Prozent: 125 Millionen Euro Einzel- und Pauschalförderung sowie 10 Millionen Euro für Digitalisierung bei Kosten von rund 4,95 Milliarden Euro.

Grafik 3: Sächsische Krankenhausfördermittel inkl. Vergleich bundesweit



Damit ist der Freistaat Sachsen seiner Pflicht zur Krankenhausfinanzierung nur sehr eingeschränkt nachgekommen. Bei der Investitionsfinanzierung handelt es sich um keine freiwillige Aufgabe der Länder, sondern um eine Pflichtaufgabe. Den in den vergangenen Jahren entstandenen Investitionsstau von 350–400 Millionen Euro gilt es, mindestens mittelfristig wieder abzubauen. Insgesamt sollte die Gesetzesnovelle ein klares Bekenntnis des Freistaats Sachsen zur Investitionsfinanzierung aufnehmen. Falls Investitionsmittel weiter nicht in auskömmlichem Maße zur Verfügung stehen, drohen Sachsens Kliniken den Anschluss zu verlieren – baulich, technisch sowie bei der Digitalisierung.

Bei der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser muss es sich zwingend und eindeutig um Zukunfts-Investitionen handeln. Und nicht um eine pauschale „Bettenförderung“ und –bezuschussung via Gießkannenprinzip, die gewissermaßen retrospektiv bis dahin entstandene Finanzierungs- und Liquiditätslücken schließt. Voraussetzung dafür ist ein landesweiter Krankenhausentwicklungsplan, der die langfristige Zielstruktur widerspiegelt.

Auch mit Blick auf die Finanzierung von infrastrukturellen und technischen Maßnahmen zur Digitalisierung müssen klare Prioritäten gesetzt werden. Hier sollte nach einer An-

schubfinanzierung die Überführung in eine dauerhafte, verstetigte Finanzierung gewährleistet sein. Bei der Digitalisierung des Krankenhaussektors gilt es, Heterogenität und Insellösungen in der IT-Infrastruktur abzubauen bzw. ganz zu vermeiden. Hier muss neben der technischen Interoperabilität (Telematik-Infrastruktur) ein sektorenübergreifendes Verständnis der Prozesse gefördert werden, so dass auch weitere Leistungserbringer wie bspw. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken oder Hilfsmitteldienstleister mit den Krankenhäusern digital kommunizieren können. In § 13 Abs. 2 sollte als fachlicher Schwerpunkt durch den Gesetzgeber die Digitalisierung klar benannt werden.

2. Verbindliche Qualitätsvorgaben in der Krankenhausversorgung

Unsere Versicherten erwarten, dass wir Ersatzkassen sie bei der Wahl eines qualitativ hochwertigen Krankenhauses unterstützen. Dazu muss jedes Krankenhaus die auf Bundesebene festgelegten Mindeststandards der Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verbindlich einhalten und diese auch nachweisen. Die Ergebnisse werden den Patientinnen und Patienten leicht verständlich und zugänglich zur Verfügung gestellt. So erhalten die Versicherten die notwendige Transparenz, um die beste Wahl für ihre stationäre Behandlung zu treffen.

Mit Blick auf die zurückliegenden Jahre seit Inkrafttreten des bisherigen SächsKHG ist positiv zu konstatieren, dass inzwischen ausgewählte, bundesweit gültige planungsrelevante Qualitätsindikatoren auch auf Landesebene Anwendung finden. Im vorliegenden Referentenentwurf werden – bezogen auf die durch den G-BA vorgegebenen Qualitätsindikatoren – aus Sicht des vdek allerdings viele unverbindliche Kann-Regelungen, insbesondere in § 5 Abs. 4, getroffen. Im Normalfall gelten automatisch die im Minimalkonsens für den Bundeskontext festgeschriebenen Regelungen – es sei denn, das jeweilige Bundesland trifft anderweitige Vorkehrungen. In Sachsen rief die Berücksichtigung der Vorschläge im Referentenentwurf ab sofort zwingende zusätzliche Beschlussverfahren bei verschiedenen Qualitätsvorgaben hervor. Die Ersatzkassen fordern jedoch, hier weder aufzuweichen noch separat zu regeln: Die bestehenden bundeseinheitlichen Standards müssen als Mindestanforderungen auch im Freistaat gelten. Selbstverständlich besteht darüber hinaus immer die Möglichkeit der freiwilligen Verpflichtung auf zusätzliche, ergänzende Qualitätsvorgaben.

In unserem Dafürhalten sollte Qualität durch eine Novellierung des SächsKHG neben der Bedarfsgerechtigkeit, der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit ein eigenständiges, zentrales und vor allem verbindliches Kriterium darstellen.

3. Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung

Für ein zukunftsorientiertes Versorgungskonzept muss die Zusammenarbeit des klinischen Sektors mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten und auch der Pflege stärker und verpflichtend Berücksichtigung finden. Deshalb plädieren die Ersatzkassen dafür, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt. Durch den medizinischen Fortschritt können heute mehr gesundheitsbezogene Leistungen als je zuvor ambulant durchgeführt werden, die früher stationär vorgenommen werden mussten. Dies muss auch im Behandlungsalltag nachvollzogen werden. Die Grundlage für die Entscheidung, ob eine Leistung ambulant oder stationär erfolgt, sollte allein die medizinische Indikation sein.

Die Pandemie hat gezeigt, dass durch gestufte Versorgungsstrukturen mit einer flächendeckenden Grundversorgung einerseits und andererseits einem leistungsfähigen Netz aus hochspezialisierten Fachkliniken und Maximalversorgern an ausgewählten Standorten eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung angeboten wurde. Dieses Erfolgsmodell hat aus Sicht der Ersatzkassen dazu geführt, dass die Patientinnen und Patienten in Krisensituationen entsprechend ihren Bedürfnissen versorgt werden konnten. Diese positiven Erfahrungen sollten als Vorbild für die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen in Sachsen dienen, welche mit der Gestaltung einer zukunftsorientierten, bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen gestuften Versorgung einhergehen muss. Um die flächendeckende Grundversorgung – insbesondere im ländlichen Raum – zu sichern, können Krankenhäuser, dort wo notwendig, zu regionalen Gesundheitszentren weiterentwickelt werden.

Insgesamt müssen aus Ersatzkassensicht notwendigerweise Vorgaben geschaffen werden, um in der regionalen Gesundheitsversorgung eine Verknüpfung und Verzahnung der Sektoren zu ermöglichen. Das in § 3 genannte Ziel der Zusammenarbeit verschiedener Akteure bleibt abstrakt, wenn das Gesetz keine weiteren Impulse wie z. B. integrierte Versorgungsverträge – ob regional oder flächendeckend, kollektiv oder mit direkten Einzelverträgen, nach Indikationen oder nach Zielgruppen – vorgibt. Die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung benötigt eine gesetzliche Rahmenvorgabe, um realisiert zu werden und um Kooperationen rechtliche Sicherheit zu gewährleisten. Hierfür bietet das neue Landeskrankenhausgesetz eine Chance, die es zu ergreifen gilt. Entsprechende Vorgaben sind zu formulieren und Möglichkeiten zu schaffen.

Die Idee der Regionalkonferenzen nach § 8 wird von uns befürwortet. Regionalkonferenzen sind ein gutes Instrument, um bedarfsgerechte Impulse zu geben sowie lokale bzw. regionale Bedarfe und Besonderheiten zu thematisieren – so trägt dieses Instrument doch dem fortlaufenden Strukturwandel und zunehmender Regionalisierung Rechnung. Die Ersatzkassen unterstützen den Gedanken der Regionalkonferenzen ausdrücklich, solange diese einen beratenden, freiwilligen Charakter innehaben und die Entscheidung letztendlich weiterhin beim Krankenhausplanungsausschuss liegt.

Gesamtbeurteilung & Ausblick

Insgesamt bietet der vorliegende Referentenentwurf aus vdek-Sicht viele gute, hilfreiche und notwendige Ansätze für die Gestaltung moderner, zukunftsfähiger Krankenhausstrukturen in Sachsen. Unseren konkreten Nachbesserungsbedarf bei den Themenkomplexen Finanzierung, Qualität sowie sektorenübergreifende Versorgung haben wir artikuliert.

Unser oberstes Ziel ist es, dass die Ersatzkassen-Versicherten auch in Zukunft hochwertig versorgt werden. Außer Frage steht, dass hierfür verbindliche und verlässliche finanzielle Grundlagen geschaffen und Spielräume zur Nutzung technischer Möglichkeiten erweitert werden müssen. Darüber hinaus sind insbesondere der fortschreitende demografische sowie der Strukturwandel und die weiter alternde Gesellschaft die drängendsten Herausforderungen, denen im Gesundheitssektor begegnet werden muss. Denn zwar ist bis 2035 mit einem Bevölkerungsrückgang zwischen 3,2% und 6,5% im Freistaat zu rechnen, doch auf Grund der Alterung der sächsischen Bevölkerung wird voraussichtlich die Zahl der Krankenhaufälle und somit die Zahl des notwendigen Personals in der stationären Versorgung weiter steigen. Hinzu kommt, dass bis 2035 mehr als ein Drittel des heutigen Personals in sächsischen Kliniken im Ruhestand sein wird, wodurch hoher Nachwuchsbedarf entsteht. Dies verschärft den Fachkräfte- und Personalbedarf in den kommenden Jahren eklatant, sodass mutige Lösungen gefragt sind. Wie können wir bedarfsgerechte, menschenwürdige und professionelle Gesundheitsversorgung mit geringerer Personaldecke bewältigen? Die Beantwortung dieser Frage sehen wir Ersatzkassen als unsere künftige Kernaufgabe – Lösungsansätze liegen für uns in einem gestuften, viel stärker ineinandergreifenden und damit effizienteren Versorgungssystem, der Bündelung von Leistungen durch Schwerpunktbildung, der Nutzung von Chancen im Zuge der Digitalisierung und des technischen Fortschritts sowie der Erneuerung des Qualitätsversprechens für die sächsische Versorgungslandschaft.