

Prof. Dr. Norbert Roeder, Dr. Wolfgang Fiori, Dr. J. Holger Bunzemeier

Ist das DRG-System am Ende?

Für eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

Der Verlauf der Corona-Pandemie in Deutschland und anderen europäischen Staaten hat gezeigt, wie wichtig eine leistungsfähige Krankenhauslandschaft mit der Möglichkeit der schnellen Aktivierung von Reserven sein kann. Deutschland stand bislang immer in der Kritik, zu viele Betten, gerade auch in der Intensivmedizin vorzuhalten. In den letzten Wochen war es jedoch für viele Menschen beruhigend, dass in Deutschland niemandem eine dringend benötigte Versorgung aus Kapazitätsgründen vorenthalten werden musste. In der Krankenhausversorgung richtete sich der Blick wieder vermehrt auf die Bedeutung für die Daseinsvorsorge. Der politisch intendierte Verdrängungswettbewerb zur Marktberreinigung, der zunächst rein ökonomisch, später auch unterstützt durch eine stärkere Qualitätsorientierung initiiert wurde, gerät zunehmend in die Kritik. Dieser Artikel hat das Ziel, im Sinne eines Diskussionsbeitrages den Rahmen und modellhaft Optionen für eine Veränderung der Krankenhausfinanzierung sowie dabei zu berücksichtigender Faktoren darzustellen.

Seit Beginn des Jahrtausends wird das G-DRG-Fallpauschalensystem zur Krankenhausfinanzierung eingesetzt. Es dient – im Rahmen der Betriebskostenfinanzierung – sowohl zur Budgetfindung als auch zur Einzelfallabrechnung mit den Kostenträgern. Viele Krankenhäuser setzen zudem die Kennzahlen der G-DRG-Fallkostenkalkulation unterstützend zur krankenhaushaus-internen Ressourcenallokation, Darstellung der Leistungssituation und Leistungssteuerung ein.

Das G-DRG-System ist für die meisten Akteure untrennbar mit den krankenhaushauspolitischen Zielen der letzten zwei Dekaden verknüpft. Eine Marktberreinigung, verbunden mit der Reduktion von Krankenhausstandorten, wird von der Politik gefordert¹⁾. Bundesgesundheitsminister Spahn sieht auch nach der Coronakrise die zwingende Notwendigkeit eines radikalen Umbaus der deutschen Krankenhauslandschaft. Wir brauchen gute Konzepte für regionale Versorgung, gerade bei den Krankenhäusern. Es müsse deshalb Maximalversorger geben mit klar definierten Aufgaben und drumherum in der Fläche ein aufeinander abgestimmtes Angebot. Es könne nicht mehr jedes Krankenhaus alles machen²⁾.

Als Gegenpol werden Stimmen immer lauter, die eine Abschaffung des DRG-Fallpauschalensystems als vermeintliche Ursache für Fehlentwicklungen fordern. In der Praxis umsetzbare Alternativen für eine Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung werden jedoch nur selten unterbreitet, wahrscheinlich, weil es auch nicht trivial ist. Eine weitgehende Rückkehr zur Selbstkostendeckung erscheint dabei weder sinnvoll noch realistisch. Weltweit haben sich in fast allen Industrieländern Fallpauschalensysteme als Instrument in der Krankenhausfinanzierung durchgesetzt. Den Autoren ist kein Land bekannt, das eingeführte DRGs wieder abgeschafft hat. Allerdings unterscheiden sich Länder deutlich im Einsatz der Fallpauschalensysteme zur Krankenhausfinanzierung. Auch die Gesundheitssysteme selbst weisen deutliche Unterschiede auf. Daher sollte zunächst über die Ziele einer Veränderung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland diskutiert werden, bevor pauschal der Nutzen

eines DRG-Systems in Frage gestellt wird. Teil dieser Diskussion sollte auch die Klärung der Frage sein, ob ein DRG-System als technisches Instrument für die Krankenhausfinanzierung weiterhin hilfreich ist, und ob Anpassungen in der Struktur, Anwendung und Kalkulationsmethodik des DRG-Systems unter Berücksichtigung der Ziele und der dazu gesetzten Rahmenbedingungen notwendig sind.

Im Krankenhaus-Rating-Report 2019 wird berichtet, dass jedes vierte Krankenhaus (28 %) einen bilanziellen Verlust beklagt und rund 12 % der Häuser insolvenzgefährdet sind. Das sind 5 % mehr als im Vorjahr. Gleichzeitig ist die Zahl der stationären Fälle um 0,5 % gesunken bei zunehmender Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen. In Angesicht dieser Entwicklungen werden eine Modernisierung und nachhaltige Umgestaltung der deutschen Krankenhauslandschaft sowie auch die Etablierung neuer sektorenübergreifender Vergütungsmodelle gefordert³⁾. Der Zeitpunkt für eine Systemdiskussion erscheint günstig. Zum einen ist das Rumpf-aG-DRG-System nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten bereits angeschlagen und mit erheblichen Bürokratiekosten belastet. Zum anderen ist bereits jetzt absehbar, dass die Kostendaten aus dem Corona-Pandemiejahr 2020 nicht sinnvoll zur Kalkulation eines G-DRG-Systems 2022 herangezogen werden können. Es verwundert daher nicht, dass viele Akteure jetzt einen Systemwechsel propagieren und einen grundsätzlichen Ausstieg aus der Fallpauschalierung fordern. Eine mögliche Neuorientierung bedarf jedoch intensiver Diskussionen, guter Vorbereitung und ausreichender Übergangszeiträume. Die in diesem Artikel skizzierten Modelle sind als Beiträge gedacht, Optionen und mögliche Auswirkungen von Mechanismen zur Veränderung der Finanzierungssystematik zu diskutieren, ohne einen abschließend ausgearbeiteten Umsetzungsvorschlag zu formulieren.

Problemlage

Als besonderes Problem hat sich erwiesen, dass das in der dualen Krankenhausfinanzierung vornehmlich zur Betriebskos-

tenfinanzierung konzipierte G-DRG-System auch zur Finanzierung von Investitionen genutzt wurde, da die korrespondierende steuermittelbasierte Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer in der Vergangenheit unzureichend war. Wenn mangels Unterstützung durch das Bundesland Eigeninvestitionen durch das Haus notwendig wurden, musste das Geld häufig auf dem Kapitalmarkt beschafft oder systemfremd direkt aus der Betriebskostenfinanzierung über das G-DRG-System erwirtschaftet werden. Wo dies nicht möglich war, mündete der Investitionsstau teilweise in einer nicht mehr zeitgemäßen Infrastruktur.

Die krankenhauspolitische Dauerbaustelle der Investitionskostenfinanzierung kann in möglichen Zukunftsmodellen der Betriebskostenfinanzierung nicht ausgeblendet werden. Eine Diskussion hierüber darf auch die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der Krankenhäuser nicht übergehen. Krankenhäuser, die einen Kapitaldienst leisten und hohe Abschreibungen vornehmen oder zukünftig noch notwendige Investitionen stemmen müssen, werden sich auch mit noch so „gerechten“ Erlösen zur Betriebskostenfinanzierung schwertun. Kann die Problematik der Investitionskostenfinanzierung nicht überwunden und können die Altlasten des Investitionsstaus zumindest in den versorgungsnotwendigen Krankenhäusern nicht bereinigt werden, wird dies die Akzeptanz jeder neuen Betriebskostenfinanzierung mit belasten.

Betriebskostenfinanzierung

Krankenhäuser weisen einen hohen Anteil an Vorhaltekosten auf, die nicht im direkten Zusammenhang mit einer Inanspruchnahme durch Patienten stehen. Die aus der Vorhaltung resultierenden Fixkosten werden bei der DRG-Fallkostenkalkulation über Schlüssel (zum Beispiel Belegungstage, PPR-Minuten, etc.) auf Einzelfälle verteilt und in die Bewertungsrelationen anteilig eingepreist. Sie bilden damit auch einen bundesdeutschen Durchschnitt des Ausmaßes der Vorhaltung und ihrer Auslastung ab.

Viele Jahre lang versuchten Krankenhäuser, durch Fallzahlsteigerungen und daraus resultierende Mehrerlöse sowie der Nutzung von Skaleneffekten, ihre Wirtschaftlichkeit zu sichern oder sogar Überdeckungen zu erwirtschaften. Diese konnten dann beispielsweise zur Eigenfinanzierung von Investitionen eingesetzt werden. Skaleneffekte werden jedoch in den jährlich stattfindenden DRG-Fallkostenkalkulationen nachvollzogen, sodass – in Bezug auf den Einzelfall – die in der DRG enthaltenen Erlösanteile zur Refinanzierung der Vorhaltung zunehmend geringer werden. Auf der anderen Seite wurden steigende Kosten, insbesondere im Personalbereich, nicht immer durch die jährlichen Anpassungen der Landesbasisfallwerte adäquat kompensiert. Ein Grund für die Kostensteigerung war auch, dass nicht nur tarifliche Personalkostensteigerungen zu kompensieren waren, sondern auch ein Mehrbedarf an Personal als Folge sich verändernder Rahmenbedingungen (etwa Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, steigende Strukturqualitätsanforderungen etc.).

Fallzahlsteigerungen sind auf Bundesebene seit 2016 in Deutschland nicht mehr zu beobachten. In manchen Regionen sind die Fallzahlen sogar rückläufig. Wachsen kann ein Krankenhaus daher häufig nur noch zulasten der Wettbewerber oder als Folge der Schließung von Fachabteilungen bzw. Krankenhäusern im Versorgungsumfeld. Gleichzeitig steigen Strukturqualitätsanforderungen, entweder durch Beschlüsse des G-BA und/oder durch Vorgaben der Landeskrankenhausplanung (beispielsweise Thüringen⁴⁾). Nicht zuletzt wegen der starken Anreize zu Mengenentwicklung und/oder Selektion wirtschaftlich lukrativer Leistungen ist das G-DRG-System in die Kritik gekommen. Insbesondere in ländlichen Regionen haben Krankenhäuser jedoch kaum noch Chancen, die für eine Refinanzierung ihrer erforderlichen Grundvorhaltungen notwendigen Leistungsmengen zu erbringen. Trotzdem müssen sie die Grundvorhaltungen aufrechterhalten, um ihrem Versorgungsauftrag durchgängig gerecht zu werden. Betriebskostendefizite in einzelnen Fachabteilungen lassen sich häufig auch nicht mehr durch Überschüsse anderer Fachabteilungen ausgleichen. Hierfür sind grundsätzlich die Sicherstellungsschläge etabliert worden, die jedoch nur bei einem Teil der Häuser wirken.

Eine Folge ist, dass gerade bei Krankenhäusern die wirtschaftliche Problematik eskaliert, die für die Sicherung der 24/7-Leistungsbereitschaft die dafür notwendigen Vorhaltekosten (Personal, Infrastruktur etc.) über die Erlöse für die behandelten Fälle nicht mehr refinanzieren können.

Zu wenig Patienten (Fälle), zu wenig Fallerlöse: Gerade kleinere Krankenhäuser haben das Problem, nicht genug Patienten zu haben, um die notwendigen Mindestvorhaltekosten für ihre Fachabteilungen über Fallpauschalen finanzieren zu können.

Die Einführung der Selbstkostendeckung für die „Pflege am Bett“ und Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der fallpauschalierenden Vergütung kann das Pflegepersonalfinanzierungsproblem reduzieren. Sie kann jedoch nicht die Unterfinanzierung für das gesamte Krankenhaus beseitigen, da nicht nur die Vorhaltung einer adäquaten Pflegepersonalausstattung zur strukturellen Mindestvorhaltung gehört. Wie lange eine Selbstkostendeckung im Bereich der Pflegepersonalkostenfinanzierung aufrechterhalten bleiben kann, ist zudem ungewiss. Es ist überhaupt nicht absehbar, wie die Problematik der Refinanzierung notwendiger Vorhaltekosten im aktuellen Krankenhausfinanzierungssystem gelöst werden kann. Eine wie auch immer geartete Lösung wird zu Veränderungen der aktuellen Krankenhausfinanzierung führen müssen mit einer stärkeren Fokussierung auf die Refinanzierung der Vorhaltekosten.

Versorgungsrelevanz

Ein DRG-System ist keine eierlegende Wollmilchsaue. Es ersetzt insbesondere keine adäquate Krankenhausplanung. Der Einsatz des G-DRG-Systems, um unter dem Deckmantel „gerecht

kalkulierter Einheitspreise“ einen Strukturwandel über das Ausschneiden vermeintlich unwirtschaftlicher Krankenhäuser zu unterstützen, hat die Akzeptanz des G-DRG-Systems sicherlich beschädigt. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass alle Krankenhäuser, die unter der derzeitigen Krankenhausfinanzierung Verluste erwirtschaften, überflüssig sind. Ebenso wenig müssen alle Krankenhäuser, die Gewinne erwirtschaften, wirklich versorgungsnotwendig sein.

Die Krankenhausplanung der Länder muss sich darüber im Klaren sein, dass sie bei Toleranz der Veränderung der Versorgungsstrukturen vorrangig durch das wettbewerbliche Marktgeschehen einen Teil der Kontrolle über die Versorgungsstrukturen verliert. Unter Umständen kann eine adäquate Versorgungssicherung dann nur noch über eine direkte Subventionierung von für versorgungsnotwendig erachteten, aber nicht mehr wirtschaftlich zu betreibenden Krankenhäusern gelingen. Eine nahezu vollständige Finanzierung über eine auf bundesdeutschen Mittelwerten basierende Fallpauschalierung setzt den Anreiz, Vorhaltungen (zum Beispiel Intensivbetten) möglichst vollständig auszulasten oder nicht genutzte Ressourcen abzubauen.

Rahmenbedingungen für eine zielführende Veränderung der Krankenhausfinanzierung

Eine Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung macht es erforderlich, zunächst klare Ziele und Eckpunkte zu definieren, da diese einen großen Einfluss auf Art und Umfang der Finanzierung haben können. Es liegt auf der Hand, dass in der derzeitigen Krankenhausfinanzierung nicht in Anspruch genommene Vorhaltung auch nicht adäquat refinanziert werden kann. Allerdings bedarf es auch nicht der Subventionierung von Vorhaltungen, wenn diese nicht benötigt werden. Ein reines Selbstkostendeckungsprinzip, wie es für die Pflegepersonalkosten mit der Ausgliederung aus der DRG-Finanzierung faktisch umgesetzt wurde, dürfte wenig Anreize zum wirtschaftlichen Umgang mit den Ressourcen der Solidargemeinschaft setzen.

Die nachfolgende Auflistung fasst vier aus Sicht der Autoren wesentliche Voraussetzungen einer adäquaten Krankenhausfinanzierung zusammen.

1. Festlegung versorgungsrelevanter Strukturen (Krankenhäuser, Fachabteilungen und Leistungsbereiche) durch die Bundesländer
2. Vollständige Sicherung der notwendigen Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer
3. Sicherstellung der Finanzierung der notwendigen Grundvorhaltekosten
4. Finanzierung höherer landesspezifischer Anforderungen zur (Struktur)-Qualität durch die Bundesländer

Festlegung versorgungsrelevanter Strukturen durch die Länder

Seit einigen Jahren findet eine polarisierende Diskussion über die notwendige Versorgungsstruktur und insbesondere die notwendige Anzahl der Krankenhausstandorte statt. Bei der Vorstellung einer Studie der Bertelsmann Stiftung^{5), 6)} in 2019 hält

die Stiftung als Ergebnis von Simulationen in Modellregionen eine Reduktion der bisher circa 1 400 somatischen Krankenhäuser aus Qualitäts- und Versorgungsgründen auf deutlich unter 600 für möglich.

Experten der Leopoldina kommen in einem Diskussionspapier zu dem Schluss, dass in Deutschland bei Umsetzung der dänischen Krankenhausstruktur mit einem Krankenhaus pro 250 000 Einwohner nur 330 Krankenhäuser notwendig wären⁷⁾. Sie fordern jedoch nicht, dass Deutschland diese rechnerische Größe umsetzt. Dies wäre auch in unserer Gesundheitslandschaft, die von einer Heterogenität der Trägerstrukturen und Föderalismus geprägt ist, gar nicht möglich. Dänemark verfügt über ein staatlich dirigistisches Gesundheitssystem. Der dänische Staat hat das Geld zum Neubau von Krankenhäusern zur Verfügung gestellt und damit auch die Umstrukturierung ermöglicht. Von derartigen Systemumstellungen und dem Willen, diese auch zu finanzieren, sind wir in Deutschland weit entfernt. Unabhängig von der tatsächlichen Anzahl wird es jedoch auch bei uns zu einer Reduktion der somatischen Krankenhausstandorte kommen. Dieser Prozess der Neustrukturierung der Versorgungslandschaft sollte jedoch geregelt durch die Krankenhausplanung erfolgen und nicht zufällig nach Kassenlage der Krankenhäuser. Mit der Wahrnehmung der Regelungskompetenz sollte auch die Verpflichtung zur Finanzierung eines wirtschaftlichen Betriebs der verbleibenden Krankenhäuser verbunden sein.

Häufig wird die Diskussion über die Anzahl notwendig erachteter Krankenhausstandorte zu einseitig geführt. Einhergehen muss damit immer auch die Bestimmung des Umfangs der Vorhaltung. Werden Krankenhausstandorte reduziert, kann es in Folge zur Notwendigkeit des Aufbaus zusätzlicher Ressourcen an verbleibenden Standorten kommen. Im ländlichen Bereich ist eine Konzentration der Versorgungslandschaft unweigerlich mit einer schweren Erreichbarkeit und Einschränkungen in der Notfallversorgung verbunden. Kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung können daher durchaus ihre Berechtigung in der Versorgungslandschaft besitzen.

Aus Sicht der Autoren sollte daher zunächst eine qualifizierte Diskussion über die Ausgestaltung der notwendigen Versorgungslandschaft in den Bundesländern oder sogar bundesweit geführt werden. Im Ergebnis muss die Frage beantwortet werden, wo welche Krankenhäuser, Fachabteilungen und Leistungsbereiche aus Versorgungssicht zwingend vorgehalten werden müssen. In diese Diskussion sollten auch die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie einfließen. Die Bundesländer sollten unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfes (gegenwärtiger Umfang der stationären Leistungserbringung) und der Kriterien Erreichbarkeit der Versorgungsleistungen, Qualität der Versorgungsleistungen und Wirtschaftlichkeit die versorgungsrelevanten Krankenhäuser und deren Fachabteilungsstrukturen festlegen. Eine Voraussetzung hierfür ist jedoch zunächst eine Diskussion über den Versorgungsbedarf. Prognosen hinsichtlich der Bedarfsentwicklung unter Berücksichtigung von Bevölkerungsverlagerungen, der Demographie, der Einflüsse medizi-

nischer Möglichkeiten sowie der Ambulantisierung können erfolgen, sollten aber bei der Festlegung der Kapazitäten zunächst eine untergeordnete Rolle spielen. Die Vergleiche von Prognosen aus den vergangenen Jahren mit der tatsächlichen Entwicklung zeigen häufig relevante Diskrepanzen auf. Allein auf der Basis von Prognosen vorausseilend Krankenhauskapazitäten zu reduzieren, ist sehr risikobehaftet. Auch der Umfang an Reservvorhaltungen für stärkere temporäre Ressourcenanforderungen, die im Bedarfsfall kurzfristig aktiviert werden können, wäre festzulegen. Neben Epidemien wären beispielsweise Großschadensereignisse mit hohem Patientenaufkommen, wie beispielsweise bei Terroranschlägen oder Industrieunfällen, zu berücksichtigen.

Finanzierung höherer landesspezifischer Anforderungen zur Qualität durch die Länder

Die Krankenhausstandortplanung und damit verbundene Investitionsentscheidungen dürften regelhaft auf sehr lange Zeiträume ausgerichtet sein. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde 2016 die qualitativ hochwertige Versorgung als ein zusätzliches Zielkriterium für krankenhauserplanerische Entscheidungen der Länder in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eingeführt. Eine qualitativ hochwertige Versorgung soll noch stärker bei krankenhauserplanerischen Entscheidungen der Länder berücksichtigt werden. Unter anderem wurden und werden vom G-BA dafür planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgegeben⁹⁾. Zunehmend verankern die Bundesländer auch in ihren Landeskrankhausplänen Anforderungen zur personellen und infrastrukturellen Strukturqualität. Wenn diese Anforderungen nicht erfüllt sind, kann der Versorgungsauftrag eingeschränkt oder sogar ganz versagt werden. Auf der anderen Seite haben die Bundesländer über die gezielte Bereitstellung von Investitionsmitteln auch die Möglichkeit, in bestimmten Krankenhäusern zumindest eine von ihnen vorgegebene, über dem Bundesdurchschnitt liegenden Qualität der Infrastruktur, zu fördern. Die Schließung eines versorgungsrelevanten Krankenhauses auch bei unzureichender Prozess- oder Ergebnisqualität ist nicht zweckmäßig. Bei Qualitätsdefiziten müssen die Krankenhäuser eine realistische Chance zur Beseitigung bekommen. Dabei können auch dafür notwendige Investitionen in Infrastruktur eine Rolle spielen.

Besonders ausgefeilt soll die Entwicklung einer qualitätsorientierten und nach medizinischen Leistungsbereichen sowie speziellen Leistungsgruppen differenzierten Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen erfolgen. Zur Vorbereitung hierzu hat das Land ein Gutachten erstellen lassen, welches die aktuelle Versorgungssituation analysiert hat und Empfehlungen für die Veränderung der Krankenhausplanung gibt. Der Versorgungsauftrag soll, wie im Gutachten empfohlen, zukünftig über Leistungsbereiche und Leistungsgruppen geplant werden, die jeweils mit Strukturkriterien belegt werden⁹⁾. Nur Krankenhäuser, die diese Strukturkriterien erfüllen, sollen – so wird es von den Gutachtern empfohlen – den Versorgungsauftrag für die

entsprechenden Leistungsbereiche bzw. Leistungsgruppen zugewiesen bekommen. Die Konsequenz daraus ist zu berücksichtigen: Wird hierzu eine spezifische Vorhaltung insbesondere bezogen auf das vorzuhaltende Personal in Quantität und Qualifikation gefordert, bedürfte es auch einer entsprechenden Gegenfinanzierung.

Der Versuch der Umstellung der Krankenhausplanung in NRW wird zeigen, ob eine Bestimmung versorgungsnotwendiger Leistungen mit Orientierung an strukturellen Mindestvoraussetzungen gelingen kann. Wünschenswert wären verbindliche – am besten bundeslandübergreifende – Definitionen der fachabteilungs- oder leistungsbereichsbezogenen Minimalvorhaltungen. Eine Kalkulation der für die Erfüllung der Minimalvorhaltung erforderlichen Zusatzkosten – in Abhängigkeit von weiteren Strukturen und Standortfaktoren des betreffenden Krankenhauses – dürfte im Anschluss daran ebenso eine Herausforderung darstellen. Im Vergleich hierzu scheinen die Anpassungen am DRG-Vergütungssystem noch relativ einfach zu bewerkstelligen.

Nach Festlegung der versorgungsrelevanten Krankenhäuser und deren Strukturen müssen diese bei wirtschaftlicher Betriebsführung auch auskömmlich finanziert werden. Zusätzlich ist insbesondere auch durch eine gezielte Investitionsfinanzierung dafür zu sorgen, dass die versorgungsrelevanten Krankenhäuser in zeitgemäßen Strukturen ihre medizinischen Leistungen nach dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Stand entsprechend der Regelungen des SGB V erbringen können.

Bundesweit unterschiedliche Qualitätsanforderungen bei bundesweit einheitlicher Leistungsvergütung vertragen sich sicher nicht. Denn die Strukturvorgaben der Bundesländer und bestehende Krankenhausstrukturen sind schon heute nicht einheitlich und eine zukünftige Vereinheitlichung erscheint wenig wahrscheinlich. Krankenhausgröße, Zusammensetzung der Fachabteilungen, apparative und personelle Ausstattung sowie die Leistungsmenge beeinflussen in hohem Maß die Gesamtkosten bzw. Kosten pro Fall (pauschale). Die Höhe der fall- bzw. DRG-bezogenen Vergütung weist mit Ausnahme der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Saarland hingegen keine großen Unterschiede mehr auf. Das Preisniveau wurde über die Landesbasisfallwerte in den letzten Jahren weitgehend angeglichen. Das G-DRG-System selbst basiert auf bundesweit einheitlichen Bewertungsrelationen. Damit bestimmen die auf den Einzelfall verteilten Fixkosten im individuellen Krankenhaus im Vergleich zur Stichprobe der G-DRG-Fallkostenkalkulation in hohem Maß, ob ein Krankenhaus kostendeckend wirtschaften kann oder nicht.

Ein prospektives Preissystem funktioniert nur dann gut, wenn von einer relativen Konstanz der Leistungsmengen ausgegangen werden kann. In der Corona-Pandemie wurde kurzfristig auf alle verschiebbaren Leistungen verzichtet unter der Vorgabe, so viele Krankenhaus- und insbesondere Intensivbetten wie

möglich für eine erwartete Versorgung von Patienten mit Covid-19, einem neuen Krankheitsbild, freizuhalten. Eine Krankenhausfinanzierung, die auf Durchschnittspreisen aus 2018 bei gleichzeitig hoher Auslastung der vorgehaltenen Ressourcen basiert, kann in dieser Situation nicht mehr funktionieren. Allerdings wäre in dieser Situation auch eine Finanzierung über Pflegesätze gescheitert. Die Schwierigkeit, nicht genutzte Vorhaltung zu finanzieren, ist daher kein spezifisches Problem einer fallpauschalierenden Leistungsfinanzierung. Alle „leistungsorientierten“ Vergütungssysteme, in denen eine ausschließliche Finanzierung über die Inanspruchnahme erfolgt, bedürfen Adaptationen oder Ergänzungen, um nicht genutzte Vorhaltungen zu finanzieren. In der Corona-Pandemie war der Gesetzgeber gezwungen, zur Kompensation der nicht erbringbaren Behandlungsleistung kurzfristig flankierende Maßnahmen wie die „Freihaltepauschale“ zu etablieren. Damit übernimmt der Steuerzahler in 2020 einen Teil der (Vorhalte)-Betriebskosten der Krankenhäuser^{10), 11)}

Die Corona-Pandemie hat damit nicht nur frischen Wind in die Diskussion über notwendige Anzahl und Kapazitäten von Krankenhäusern gebracht, sondern auch die Frage aufgeworfen, ob die aktuell gelebte Betriebskostenfinanzierung über die DRG-Einheitspreise so weitergeführt werden kann.

Zu erwägen wäre eine Umstellung der Krankenhausfinanzierung mit stärkerer Fokussierung auf die Finanzierung der Kosten für die notwendige Mindestvorhaltung. Solche Vorschläge wurden bereits mehrfach aufgeworfen, unter anderem von Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister **Dr. Heiner Garg**¹²⁾. Sein Reformvorschlag sieht keine Abschaffung des DRG-Systems vor, sondern eine Basisfinanzierung als Ergänzung der leistungsbezogenen DRG-Fallpauschalen. Konzentrationsprozesse und Spezialisierungen sollen verstärkt vergütet und mit verbindlichen Vorgaben für eine Mindestausstattung und Mindestfallzahlen versehen werden. Die Höhe der Basisfinanzierung und damit der Finanzierung der spezifischen Vorhaltekosten soll nicht allein von der Größe eines Krankenhauses abhängen, sondern von „seiner Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung“. Wie die technische Umsetzung erfolgen soll, lässt der Vorschlag jedoch offen.

Eine vollständige Finanzierung der individuellen Vorhaltekosten eines Krankenhauses wird über ein bundes- oder landesweit einheitlich angewendetes System kaum gelingen. Die weitere Ausarbeitung der nachfolgend skizzierten Finanzierungsmodelle kann nach Meinung der Autoren jedoch einen Teil der heutigen Probleme reduzieren. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Länder ihren Investitionsförderungsverpflichtungen nachkommen. Ansonsten wird die derzeitige Schieflage prolongiert. Dabei ist es unerheblich, wie die Betriebskosten finanziert werden.

Nachfolgend werden zwei Modelle vorgestellt, die eine sachgerechtere Finanzierung von Vorhaltekosten ermöglichen sollen. Dabei sind diese Modelle nicht abschließend ausgearbeitet, können jedoch eine Grundlage für weiterführende Diskussionen bilden. Beide Modelle ermöglichen grundsätzlich eine

Weiterverwendung der DRG-Fallpauschalen. Mit Verbleib der Finanzierung in der DRG-Systematik, jedoch mit modifizierten Anwendungsrahmenbedingungen, kann die mit dem DRG-System geschaffene Transparenz hinsichtlich der Krankenhausleistungen aufrechterhalten werden. Damit würde grundsätzlich auch ein System weitergenutzt, dessen Anwendung alle Beteiligten schon hinreichend eingeübt haben.

Modell zur verbesserten Finanzierung von Mindestvorhaltekosten

Mit einer Kombination aus einer Basisfinanzierung und einer leistungsorientierten Finanzierung müsste sichergestellt werden, dass zumindest die Durchschnittskosten finanziert werden, die für den Betrieb einer Fachabteilung bzw. eines Leistungsbereichs mit der dafür notwendigen Mindestpersonalausstattung unter Berücksichtigung aktueller tariflicher Regelungen, wie zum Beispiel der Limitation der Anzahl von monatlich zu leistenden Bereitschaftsdiensten und Rufdiensten pro Mitarbeiter, der Infrastrukturkosten und der Verwaltungskostenanteile entstehen. Dazu wären zunächst einmal der Umfang der notwendigen Vorhaltung und die Höhe der daraus resultierenden Kosten festzustellen. Seit der Ausgliederung der Finanzierung für die Pflege am Bett ist vorwiegend die ärztliche Personalausstattung die bestimmende Größe für die Vorhaltekosten. Eine für den Rund-um-die-Uhr-Betrieb zwingend notwendige Personalstärke kann unter Berücksichtigung von Ruf- und Bereitschaftsdiensten, unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der behandelten Patienten, nicht unterschritten werden. So muss zum Beispiel eine invasive Kardiologie kontinuierlich eine Behandlungsbereitschaft für Herzinfarktpatienten ins Haus kommen. Diese ärztliche Mindestausstattung, ergänzt um notwendiges nichtärztliches Personal wie den Funktionsdienst, Hebammen, etc., könnte als Surrogat für alle anderen Vorhaltekosten dienen.

Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Mischung der Fälle in einer Fachabteilung könnten aus den vom InEK veröffentlichten DRG-spezifischen Kalkulationsmatrizen die Erlösanteile zur Finanzierung dieses Personals extrahiert werden. Auf dieser Grundlage wäre unter Berücksichtigung des Fallmixes die zur Finanzierung der notwendigen minimalen Personalvorhaltung notwendige Summe an DRG-Bewertungsrelationen abzuleiten. Diese Summe wird nachfolgend als Grenzleistungsmenge bezeichnet. Hypothetisch wird hier davon ausgegangen, dass die DRG-Kalkulation grundsätzlich stimmig ist und die Kosten für alle anderen Berufsgruppen, die Querschnittsabteilungen (Anästhesie, Radiologie, Labor etc.) sowie die korrespondierende Infrastruktur, soweit sie ebenfalls über die DRG-Fallpauschale finanziert werden müssen, bei Erreichen bzw. Finanzierung der Grenzleistungsmenge auch refinanziert sind. Für jede Fachabteilung, bzw. speziellen Leistungsbereich, wie beispielsweise die Geburtshilfe oder für ganze Krankenhäuser wäre nach diesem Vorschlag über zu definierende Modellberechnungen die jeweilige Grenzleistungsmenge zur Finanzie-

Anzeige

zung der Mindestvorhaltekosten zu ermitteln. Hierbei könnte das InEK die Selbstverwaltung mit Simulationen unter Nutzung seiner DRG-Kalkulationsdaten unterstützen. Unter der Hypothese, dass alle Krankenhäuser oder kategorisierte Krankenhäuser im Bereich der Mindestvorhaltung bundesweit einen vergleichbaren Fall-/Casemix inklusive der Outlieranteile aufweisen, könnte diese Festlegung von Grenzleistungsmengen im Durchschnitt für „Standardkrankenhäuser“ unterschiedlicher Kategorien, nicht jedoch bezogen auf das individuelle Krankenhaus erfolgen. Auf diese Weise käme es nicht zu einer exakten krankenhausindividuellen Selbstkostendeckung für die Mindestvorhaltung. Dies würde allen Beteiligten ersparen, die Kosten krankenhausindividuell rechtsicher zu bestimmen. Soweit die Pflege am Bett, wie aktuell geregelt, gesondert finanziert wird, bräuchte sie bei der Ermittlung der Vorhaltekosten nicht berücksichtigt werden. Grundsätzlich kann aber unter Berücksichtigung der Personalvorgaben (zum Beispiel Pflegepersonaluntergrenzen) sowie der aus der Grenzleistungsmenge resultierenden Belegungstage auch eine Integration in das Modell erfolgen.

Bei der Entwicklung dieses Finanzierungsmodells bis zur Anwendungsreife sind jedoch verschiedenste Herausforderungen zu bewältigen, von denen einige exemplarisch beschrieben werden:

- Eine große Herausforderung für die Entwicklung eines bundesweiten Modells zur besseren Finanzierung der Vorhaltekosten stellt die heterogene Leistungserbringungslandschaft dar. In den einzelnen Ländern und Regionen existieren unterschiedliche Rahmenbedingungen. So unterscheiden sich zum Beispiel Personalkosten pro Vollkraft aufgrund unterschiedlicher tariflicher Regelungen, der Attraktivität von Regionen, Trägerschaften von Krankenhäusern etc.
- Hinzu kommt, dass zentrale Vorhaltungen, beispielsweise Radiologie, Labor, Mikrobiologie, Pathologie, Notfallaufnahme, Sterilisation, Wäsche, Küche, Verwaltung, etc. fachabteilungsübergreifend genutzt werden. Der einer Fachabteilung zuzuschreibende Anteil für eine Mindestvorhaltung wäre damit auch vom Vorhandensein anderer (versorgungsrelevanter oder auch nicht versorgungsrelevanter) Fachabteilungen und Leistungsstrukturen abhängig. Hält ein Haus zum Beispiel mehrere spezialisierte internistische oder chirurgische Kliniken vor, kann es zu Personalsynergien für die Bereitschaftsdienste und eventuell auch bei der Wahrnehmung anderer Aufgaben kommen. Auch abhängig vom konkreten Versorgungsauftrag könnten sich Vorhaltekosten unterscheiden.
- Bundesländer gehen zum Teil auch eigene Wege bezüglich der Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität als Voraussetzung für die Erteilung von Versorgungsaufträgen für Fachabteilungen oder auch ganzer Krankenhäuser. Unterschiedliche Strukturanforderungen können zu unterschiedlichen Vorhaltekosten führen. Deshalb müsste eine Veränderung der Krankenhausfinanzierung mit einer stärkeren Betonung der Vorhaltekosten auch die Unterschiede

der vorgeschriebenen Vorhaltung zwischen den Bundesländern berücksichtigen. Handelt es sich nur um baulich- bzw. technisch-infrastrukturelle Strukturvorgaben der Länder, könnten diese noch über die Investitionsförderung die notwendigen Voraussetzungen schaffen. Sofern es sich jedoch zum Beispiel um Personalvorgaben (Mindestanzahl Fachärzte, besondere Qualifikationen oder anderes Personal) handelt, müssten konsequenterweise auch entsprechende Anpassungen der Finanzierung der Vorhaltekosten erfolgen.

- Für Zentren mit hoch spezialisierter Leistungserbringung werden zunehmend höhere Anforderungen an die Strukturqualität gestellt. Dies muss berücksichtigt werden, sofern das Zentrum gerade wegen der Spezialisierung nicht bereits über hohe Fallzahlen eine adäquate Auslastung der erweiterten Vorhaltung erhält.
- Weisen Krankenhäuser neben der Mindestvorhaltung weitere Leistungsbereiche und/oder Fachabteilungen auf, so bedürfte es einer Abgrenzung des Casemix für den Bereich der Mindestvorhaltung. Besitzt ein Krankenhaus beispielsweise eine Geriatrie, in die es auch Fälle aus der chirurgischen Mindestvorhaltung krankenhausintern verlegt, könnten Abgrenzungen nicht trivial sein.

Für die Festlegung einer Basisfinanzierung nach dem skizzierten Modell wäre zunächst durch Bewertung der Grenzleistungsmenge (Casemix) mit dem Landesbasisfallwert das Mindestlösbudget zu ermitteln, welches unabhängig von der Auslastung des Krankenhauses auf jeden Fall zu finanzieren ist. Stellen die lokalen Vertragspartner im Rahmen der jährlichen Leistungs- und Entgeltverhandlung fest, dass die Grenzleistungsmenge voraussichtlich nicht erreicht wird, könnte zur Sicherung der Liquidität des Krankenhauses die Abrechnung der bundesweiten Fallpauschalen mit einem (höheren) hausindividuellen Basisfallwert erfolgen, der für eine Kompensation der Unterdeckung sorgen würde. Alternativ könnte eine Abrechnung mit dem Landesbasisfallwert erfolgen, ergänzt um fallbezogene Zuschläge. Im Folgejahr würde dann ein Ausgleich vorgenommen zur Korrektur des Erlöses im Sinne der Vorhaltefinanzierung.

Für Krankenhäuser, die die Grenzleistungsmenge erreichen, erfolgt die Abrechnung wie bisher über den jeweils gültigen Landesbasisfallwert. Praktische Relevanz würde das Modell damit nur für die Krankenhäuser entfalten, die unmittelbar von der Vorhaltefinanzierung betroffen wären. Zusatzentgelte sowie die Zuschläge für Qualität etc. könnten unverändert weiter abgerechnet werden.

► **Abbildung 1** skizziert das Modell an einem Beispielkrankenhaus. Aufgrund der Struktur des Beispielkrankenhauses wurde eine Grenzleistungsmenge zur Finanzierung der Mindestvorhaltung von 3 000 Bewertungsrelationen (BWR) ermittelt. Tatsächlich erbringt das Krankenhaus nur 2 400 BWR, was zu einer Unterdeckung der Betriebskostenerlöse von 1 927 000 € pro Jahr führt. Dieser Fehlbetrag wird auf die tatsächlich geleisteten 2 400 BWR umgelegt, nachdem er um fallvariable Kosten (insbesondere Sachkosten) in Höhe von 12 % reduziert wurde.

Hieraus resultiert eine Unterdeckung von 803 € pro geleisteter BWR. Diese Unterdeckung wird über einen krankenhausindividuellen Basisfallwert von 4 453 € oder einen Zuschlag von 803 € auf jede abgerechnet BWR kompensiert, um einerseits die Vorhaltekosten zu refinanzieren und andererseits dem Krankenhaus auch die Liquidität zur laufenden Finanzierung seiner Kosten zu sichern.

Diese Form der Leistungsfinanzierung würde in der Realität im Sinne einer Basisabsicherung nur in einem Teil der Krankenhäuser faktisch wirken. Insbesondere in kleineren Krankenhäusern, die zur Aufrechterhaltung der Versorgung als versorgungsrelevant eingestuft werden, aber die Grenzleistungsmenge nicht erreichen, würde diese Form der Finanzierung einen Großteil der Gesamtfinanzierung (Zusatzentgelte, Zuschläge, etc. sind in der Grenzleistungsmenge nicht berücksichtigt) ausmachen. In Krankenhäusern, die die Grenzleistungsmengen regelhaft überschreiten, wirkt die besondere Vorhaltefinanzierung nicht. In diesen Häusern ist die Vorhaltung, wie bisher, über die DRG-Fallpauschalen und die Landesbasisfallwerte finanziert. Bei diesem Modell würden – außerhalb der Finanzierung der Mindestvorhaltekosten – die Anreize der derzeitigen Krankenhausfinanzierung über die G-DRG-Fallpauschalen unverändert weiter wirken.

Bewertung

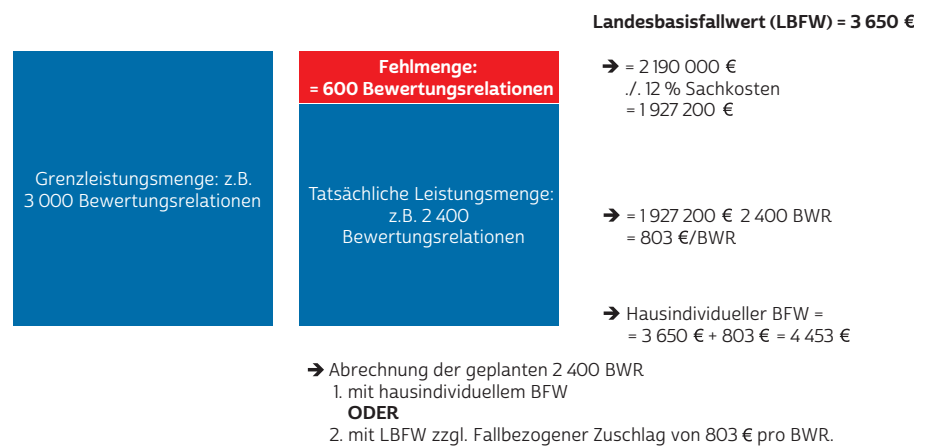
In der Gesamtschau wird deutlich, dass eine zunächst einfach erscheinende Kombination von Basisfinanzierung und leistungsorientierter Vergütung in der praktischen Umsetzung die Klärung vieler Fragen erfordert. Der schwierigste Schritt dürfte zunächst die Koordinierung von Krankenhausplanung und Basisvergütung, und damit auch die zwingende Klärung von Versorgungsrelevanz sein.

Die Grundsicherung einer Mindestvorhaltung muss in jedem Fall bei Krankenhäusern bzw. deren Fachabteilungen greifen, die von der Krankenhausplanung als versorgungsrelevant eingestuft werden. Der regionale Versorgungsbedarf, die Erreichbarkeit, ambulante Versorgungsstrukturen (und deren Entwicklung) sowie der Umfang und Komplexität der Notfallversorgung wären zu berücksichtigen. So könnte beispielsweise eine Geburtshilfe an einem Ort versorgungsrelevant sein, aber ein weiteres Brustzentrum hingegen nicht.

Auch wenn versorgungsrelevante Krankenhausstrukturen mit Mindestlösummen abgesichert werden, sollten diese nicht von der Aufgabe entbunden sein, eine effiziente Leistungser-

Abbildung 1: Berechnungen für ein Beispielkrankenhaus; BWR: Bewertungsrelation

Beispielkrankenhaus mit Casemix < Grenzleistungsmenge



bringung zu sichern. Ein unbeschränktes Selbstkostendeckungsprinzip fördert keine Effizienzverbesserungen.

Eine stärkere Betonung einer Basisfinanzierung bedeutet eine Abkehr vom Prinzip „Gleiches Geld für gleiche Leistung“, wenn die Leistung als Behandlung einzelner Fälle betrachtet wird. Vorhaltung ist jedoch auch eine Form von „Leistung“, auch wenn diese auf Fallebene nicht hinreichend transparent wird. Führen Zuschläge und/oder krankenhausindividuelle Basisfallwerte zu unterschiedlichen Fallpreisen, ist zu berücksichtigen, dass Krankenkassen im Wettbewerb untereinander versuchen könnten, Patienten möglichst in Krankenhäuser mit niedrigeren Preisen zu lenken.

Mengendegressive Bewertungsrelationen

Alternativ zu diesem Finanzierungsmodell sind auch Finanzierungsmodelle mit mengenabhängig degressiven Vergütungen unter Beibehaltung des G-DRG-Systems bei abgewandelter Kalkulationsmethodik denkbar. Vorschläge hierzu haben die Autoren bereits an anderer Stelle präsentiert¹³⁾.

Derzeit beinhaltet jede DRG-Bewertungsrelation einen Anteil zur Refinanzierung von Fixkosten, die sich aus dem bundesdeutschen Mittelwert der entsprechenden Kosten der DRG ableitet. Diese Kalkulationsmethodik („Einhauskalkulationsansatz“) ist in hohem Maß mit verantwortlich für die (Fehl)-Anreize zur Mengensteigerung. Würde die Vergütungshöhe für DRG-Fallpauschalen mengenabhängig abgestaffelt, könnten Krankenhäuser, die weniger Fälle abrechnen, höhere Erlöse pro Fall erzielen, während Krankenhäuser mit höherer Fallzahl niedrigere Durchschnittsfallerlöse erzielen würden. Übervergütungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Skaleneffekte mit geringeren Durchschnittserlösen ihre Vorhaltekosten refinanzieren können, könnten auf der anderen Seite abgebaut werden. Insgesamt würde ein fairerer Wettbewerb innerhalb der jeweiligen Peergroup entstehen, was die Akzeptanz des Vergütungssystems erhöhen könnte. ▶

Eine Orientierung der Kalkulation der Bewertungsrelationen an der Fallmenge würde auch den Einfluss der Überrepräsentation von großen Krankenhäusern und deren geringeren Anteil an fallfixen Kosten an der G-DRG-Fallkostenkalkulation reduzieren. Gegebenenfalls müssten weniger Krankenhäuser als derzeit zur Zwangsteilnahme an der DRG-Kalkulation verpflichtet werden.

Bei einer einmaligen und differenzierteren Neuadjustierung der Bewertungsrelationen könnten möglicherweise auch die Unterschiede zwischen den Normierungsfaktoren im Rahmen der DRG-Kalkulation (derzeit Bezugsgröße, Berechnung und Korrekturwert) auf der einen und den Landesbasisfallwerten auf der anderen Seite reduziert werden. Der aktuell noch bestehende „Landesbasisfallwerthebel“ kann – trotz komplexer „Sachkostenkorrektur“ – weiterhin ungünstige Anreize setzen. Würden die Bewertungsrelationen bereits ausreichend notwendige Vorhaltekosten berücksichtigen, könnte der Landesbasisfallwerthebel in Bezug auf die variablen Kosten weiter reduziert werden.

Auch bei einem Finanzierungsmodell mit mengendegressiven Bewertungsrelationen stellt sich die Frage nach der konkreten Umsetzung. Soll die Degression bei der Einzelabrechnung mit Auswirkung auf die jeweiligen Kostenträger und die Liquidität des Krankenhauses, oder erst auf der Budgetebene wirken? Letzteres hätte den Vorteil, dass es zunächst vordergründig beim Prinzip „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ bliebe. Die Mengendegression würde dann zeitversetzt über Zu- oder Abschläge unter den Kostenträgern kollektiv ausgeglichen. Es könnte eine kontinuierlich gleitende Degression oder zumindest eine starke Differenzierung von Abstufungen eingesetzt werden. Die Berücksichtigung bei der Einzelfallabrechnung wäre mit der Problematik belastet, dass bislang kein tagesaktueller und kostenträgerübergreifender DRG-Zähler existiert. Auch Fallprüfungen und andere Rechnungskorrekturen (zum Beispiel bei Fallzusammenführungen) können dazu führen, dass Fallzahlen pro DRG nicht konstant steigen und ein Zähler auch rückwirkend angepasst werden müsste. Vieles spricht daher für eine Umsetzung der Mengendegression auf der Budgetebene.

Sich aus der Fixkostendegression ableitende Instrumente auf Budgetebene sind bereits Alltag. Warum nun zusätzlich bzw. eher alternativ mengendegressive Bewertungsrelationen vorgeschlagen werden, bedarf einer näheren Erläuterung. Der Fixkostendegressionsabschlag für vereinbarte Mehrleistungen stellt einen zeitlich für drei Jahre befristeten Abschlag auf eine Mengensteigerung dar. Der Fixkostendegressionsabschlag soll Mengensteigerungen unattraktiver machen. Er ist unabhängig von der Ausgangsmenge und bezieht sich ausschließlich auf den zusätzlich verhandelten Casemix und nicht auf die historischen Leistungsmengen. Krankenhäuser erkaufen sich so Wachstum über eine dreijährige Rabattierung. Ein Bezug zu einer sachgerechten Finanzierung besteht nicht und ist auch nicht intendiert. Auch bei den Krankenhäusern, bei denen die aktuelle Leistungsmenge noch nicht ausreicht, um notwendige Vorhal-

tekosten zu refinanzieren, werden die dringend notwendigen Mehrerlöse durch den Fixkostendegressionsabschlag reduziert. Mengendegressive Bewertungsrelationen wirken hingegen über alle Fälle. Werden nur geringe Fallmengen erbracht, so ist mit höheren Vergütungen pro Fall zu rechnen. Mit steigender Fallmenge sinken die Vergütungen analog zu den fallfixen Kosten sukzessive. Es resultiert eine Umverteilung über eine Reduktion der Unter- und Überversgütungen aufgrund von Skaleneffekten. Eine reine (noch dazu lediglich temporäre) Rabattierung des Casemix erfolgt nicht.

Auch ein System der mengendegressiven Vergütung kann keine Finanzierungsgerechtigkeit im Einzelfall sichern, sondern nur Fehlsteuerungen der Ressourcen durch die derzeitige Methodik der Krankenhausfinanzierung reduzieren. Auch mit mengendegressiven Vergütungen werden keine Anreize gesetzt, Vorhalten für Epidemien oder Großschadensereignisse vorzuhalten. In Einzelfällen werden weiterhin Sicherstellungszuschläge oder andere Vergütungselemente (zum Beispiel Ausweisung als „Besondere Einrichtungen“) notwendig sein, um versorgungsrelevante Strukturen zu erhalten.

Der Einsatz mengendegressiver Bewertungsrelationen kann auf dem G-DRG-System und den etablierten Systemstrukturen aufbauen. Eine Finanzierungsreform auf dieser Basis wäre daher kurzfristig zu realisieren. Das G-DRG-System hat bewiesen, dass es als lernendes System funktionieren kann. Die Strukturen hierfür sind angelegt und seit Jahren erprobt. Bewahrheiten sich von den Betroffenen gestellte Hypothesen zur Anpassungsnotwendigkeit an den jährlich erhobenen Leistungs- und Kostendaten, erfolgen Verbesserungen durch das InEK relativ unabhängig von politischen Einflussnahmen. Zudem wäre ein solches System transparent und könnte letztendlich eine höhere Planungssicherheit und Akzeptanz bieten als ein System, das von vielen vermutlich divergierenden Entscheidungen in den Bundesländern abhängt. Die Umsetzung könnte ohne weitreichende Änderungen der Krankenhausfinanzierung zeitnah begonnen werden. Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner bereits in § 17b KHG ermächtigt, Bewertungsrelationen auch in Abhängigkeit von der Fallzahl abgestuft vorzugeben. Bislang ist der Auftrag jedoch noch begrenzt auf „Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind“. Dieser Passus wäre zu streichen.

Anders als das dargestellte Modell zur Sicherung einer Finanzierung für die Mindestvorhaltung, das nur für (noch zu definierende) versorgungsnotwendige Strukturen gelten würde, könnte ein Finanzierungsmodell mittels mengendegressiver Vergütungen auf alle Krankenhäuser und ggf. Leistungsbeiriche wirken. Eine direkte Abhängigkeit von krankenhauspianerischen Entwicklungen bestünde bei der Weiterentwicklung des Finanzierungssystems für die Betriebskostenfinanzierung nicht. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Krankenhausplanung keine Entscheidungen zur Versorgungsrelevanz treffen könnte oder müsste. Denn ein System der mengendegressiven Vergütung reduziert den Druck zur Zentralisierung. Es wäre daher

noch stärker als bisher Aufgabe der Krankenhausplanung, weiterhin dort eine Zentralisierung zu unterstützen, wo kleine und damit meist unwirtschaftlichere Strukturen nicht versorgungsnotwendig sind. Das G-DRG-System würde bei einer mengendegressiven Vergütung diese unliebsame Aufgabe nicht mehr erledigen können. Auch bei den komplexeren Leistungen würden wettbewerbliche Anreize zur Zentralisierung eine geringere Wirkung entfalten. Hier könnten die Bundesländer ergänzend über weitere strukturelle Vorgaben die Leistungserbringung komplexer Leistungen in Krankenhäusern mit geringer Fallzahl und unzureichender Infrastruktur, zu der auch andere Fachabteilungen gehören könnten, außerhalb der Notfallversorgung unterbinden. Bei einer mengendegressiven Vergütung wären die derzeitigen Vorgaben zur Mengensteuerung (Fixkostendegressionsabschlag und Erlösausgleiche) ohnehin weitgehend obsolet oder zumindest stark zu reduzieren. Durch die komplette Aufhebung des Fixkostendegressionsabschlags und der Mehrerlösausgleiche für komplexe Leistungen könnte der Bundesgesetzgeber die Zentralisierung in diesen Bereichen daher weiter fördern.

Fazit

Es ist nicht trivial, in der Praxis einfach umsetzbare Vorschläge für die Lösung der derzeitigen Probleme der Krankenhausfinanzierung zu entwickeln. Wir halten es aber für dringend notwendig, dass die Diskussion von Möglichkeiten und Alternativen einer Neuordnung der Krankenhausfinanzierung zeitnah aufgenommen wird. Ohne grundlegende Lösungen für die unzureichende Investitionsfinanzierung dürften Anpassungen lediglich der Betriebskostenfinanzierung jedoch nicht ausreichen, um die Finanzierung der Krankenhäuser nachhaltig neu auszurichten.

Wichtig ist auch eine Diskussion über die Kriterien zur Ermittlung versorgungsrelevanter Krankenhäuser im Bund und in den Ländern. Werden diese Diskussionen nicht geführt und entsprechend keine Entscheidungen abgeleitet und getroffen, werden Krankenhäuser im aktuellen System weiter ungeregt und ohne planerisches Konzept mit nicht vorhersehbaren Auswirkungen auf die Versorgung ausscheiden. Dies mag in urbanen Regionen mit vergleichsweise hoher Angebotsdichte versorgungspolitisch verkraftbar sein. Gerade in ländlichen Bereichen ist jedoch - wenn auch regional unterschiedlich ausgeprägt - eine Umstrukturierung schon in vollem Gange. Ein Ausscheiden weiterer stationärer Versorgungsangebote ist dort häufig nur schwer zu verkraften und würde zu einer Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung führen. Ob das G-DRG-System am Ende abgewickelt oder „upgecycled“ wird, bleibt abzuwarten.

Anmerkungen

- 1) Mehr Mut bei Debatte um Krankenhaus-Schließungen (2020) <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109564/Spahn-wuenscht-sich-mehr-Mut-bei-Debatte-um-Krankenhausschliessungen>, abgerufen 18. Juni 2020
- 2) Extrem News (2020), Gesundheitsminister: Krankenhausreformen weiter notwendig, <https://www.extremnews.com/nachrichten/politik/40d217bc02d0838>, abgerufen 22. Juni 2020
- 3) Augursky B., Krolop S., Mensen A., Schmidt C.M., Wuckel C., Pilny A. (2019) Krankenhaus Rating Report 2019 (2019), medhochzwei Verlag, ISBN-10: 3862165558
- 4) 7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017-2022, https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheits/krankenhauswesen/7._kh_plan_fortlaufend_Stand_April_2019.pdf, abgerufen 18. Juni 2020
- 5) Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen I. Auflage 2019, DOI 10.11586/2019042
- 6) <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich>, abgerufen 18. Juni 2020
- 7) Busse R., Ganten D., Huster S., Reinhardt E.R. Suttrop N., Wiesing U. (2016) Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle, https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf, abgerufen 18. Juni 2020
- 8) Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung, <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetsicherung/datenerhebung-zur-qualitaetsicherung/datenerhebung-qualitaetsindikatoren-krankenhausplanung/>, abgerufen 18. Juni 2020
- 9) Gutachten Krankenhauslandschaft NRW (2019), <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041>, abgerufen 18. Juni 2020
- 10) Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz), https://dejure.org/BGBl/2020/BGBl_I_S_580, abgerufen 18. Juni 2020
- 11) Bunzemeier H., Fiori W., Roeder N., Heumann M. (2020) Rettungsschirm für die Krankenhäuser – Angemessen ausgestaltet für den großen Sturm? Relevante Regelungen des COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetzes für die Krankenhausfinanzierung, das Krankenhaus, 4/2020, Seite 307-317
- 12) Diskussionspapier: „Zukunft sichern – Krankenhausfinanzierung reformieren für eine flächendeckende, hochwertige Versorgung!“, https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Presse/PI/2020/200128_VIII_Zukunft_Krankenhaus.html, abgerufen 18. Juni 2020
- 13) Roeder N., Fiori W., Bunzemeier H. (2020) Weiterentwicklungsperspektiven des G-DRG-Systems. In: Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., Wasem J., Beivers A. (eds) Krankenhaus-Report 2020. Springer, Berlin, Heidelberg, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_6, abgerufen 18. Juni 2020

Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Wolfgang Fiori, Dr. med. J. Holger Bunzemeier, DRG-Research-Group, Roeder & Partner – Ärzte, PartG. Berater im Gesundheitswesen, Am Dorn 10, 48308 Senden, www.drg-research-group.de, www.roederpartner.de

www.daskrankenhaus.de
(Online-Volltext-Version)