

Überlegungen zur zukünftigen Krankenhausfinanzierung und -planung

Februar 2021

Ausgangslage:

Die COVID 19-Pandemie hat gezeigt, welche wichtige Rolle Krankenhäuser in der Pandemiebekämpfung übernehmen und wie hilfreich die Elastizität dezentraler Strukturen in einer solchen Krisensituation ist. Zugleich wurde auch sehr deutlich, dass das jetzige Finanzierungssystem den Anforderungen nicht gerecht wird. Katholische Krankenhäuser sehen sich in erster Linie als Teil der Daseinsvorsorge. Die Trägerlandschaft ist vielfältig, von Grundversorgern mit weitläufigen Einzugsbereichen (oftmals in leistungsfähigen Verbänden) bis hin zu Spitzenmedizin. In der DRG-Systematik sind aber gerade die für die Daseinsvorsorge wichtigen Vorhaltestrukturen der Grund- und Regelversorgung oftmals nicht auskömmlich abbildbar. Vielmehr werden Fehlanreize gesetzt, indem Krankenhäuser nur wirtschaftlich am Markt bestehen können, wenn sie Mehrleistungen – und diese vor allem im Bereich hoch dotierter, spezialisierter Leistungen – erbringen.

Die Erfahrungen im Umgang mit der aktuellen COVID 19-Pandemie bieten daher eine Chance für nachhaltige Veränderungen. Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) legt Vorschläge für eine tiefgreifende Umstellung des aktuellen Systems der durchgängig leistungsbezogenen Fallpauschalen vor. Ziel ist eine flächendeckende Grundversorgung sicherzustellen, ohne jedoch Leistungsanreize, Wettbewerbsmechanismen und langfristige Finanzierbarkeit aus dem Blick zu verlieren. Mit Blick auf die Herausforderungen, die mit der demografischen Entwicklung einhergehen, ist der Verband überzeugt, dass eine solche Reform unumgänglich ist. Notwendig ist es zudem, die vorhandenen Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Finanzierung abzubauen.

Prämissen für ein zukünftiges Krankenhausfinanzierungssystem:

- Fehlanreize für unnötige Behandlungen werden vermieden; der bisherige Wettbewerb um Mehreinnahmen wird durch einen Wettbewerb um Qualität abgelöst. Die Krankenhausversorgung bleibt nachhaltig finanzierbar.
- Krankenhausversorgung ist Teil der Daseinsvorsorge; in Ballungsräumen und in der Fläche werden gleichwertige Lebensverhältnisse gesichert und die Gesundheitsversorgung passt sich an den demografischen Wandel an. Erreichbarkeit und Qualität sind daher zentrale Parameter der Reform. Das sorgt für die notwendige Akzeptanz durch die Bevölkerung.
- Richtschnur der künftigen Krankenhausfinanzierung und -planung ist der Versorgungsbedarf. Die vorhandenen dezentralen Strukturen werden zu intelligenten Versorgungsnetzwerken mit Schwerpunkten weiterentwickelt. So wird das Versorgungsnetz effizienter genutzt, anstatt enorme Finanzsummen in einen radikalen Neuaufbau von streng zentralisierten Großstrukturen zu investieren.
- Finanzierungsregelungen müssen strukturelle und personelle Vorhaltungen beinhalten, damit eine Versorgung vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des Pandemieschutzes gesichert ist.
- Es braucht eine Stärkung der tagesstationären Versorgung, um den ambulanten und stationären Sektor enger miteinander zu verzahnen.

Die katholischen Krankenhäuser sprechen sich für einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung aus, in der Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung ausgewogen berücksichtigt werden.

Für die Umsetzung schlagen die katholischen Krankenhäuser ein dreistufiges Verfahren vor.

1) Umsetzung einer bedarfsorientierten Krankenhausplanung anhand eines „Leistungsstärkenmodells“

Eine Reform der Krankenhausfinanzierung muss Hand in Hand mit Überlegungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur gehen. Die Voraussetzung für die Einführung einer nachhaltigen und kostendeckenden Finanzierung ist eine Krankenhausstruktur, die an den Bedarfen der Menschen ausgerichtet ist. Daher ist es unerlässlich in einem ersten Schritt zu klären, welche Kapazitäten notwendig sind. Darauf aufbauend kann die Krankenhausstruktur in einem moderierten Prozess weiterentwickelt werden. Es braucht einen „Masterplan Gesundheit“: die Basis muss eine verlässliche und für alle Bevölkerungsgruppen gut erreichbare Grund- und Regelversorgung sein. Im Gegensatz zu den bisherigen recht groben Modellen, die eine Konzentration an wenigen großen Standorten vorschlagen, differenziert ein „Leistungsstärkenmodell“ stärker und berücksichtigt sowohl notwendige Bedarfe als auch vorzuhaltende Strukturen. Ein solches Modell fußt auf der Verwendung von öffentlichen Qualitäts- und Leistungsdaten, demografischen Prognosen und weiteren Parametern, wie z.B. Fahrtzeiten.¹

Auf dieser Grundlage lassen sich mittels einer intelligenten Auswertung – unter Berücksichtigung von Vorgaben zu Qualität und Erreichbarkeit – konkrete Empfehlungen ableiten. Grundlage sollten bundesweit gültige Rahmenbedingungen/Vorgaben sein, die aufgrund der regionalen Besonderheiten unter Zustimmung und Mitwirkung der Bundesländer ausgestaltet werden können.

Im Ergebnis zeigt sich, dass bereits existierende Standorte der wohnortnahen Grundversorgung weitgehend erhalten bleiben können, wenn dort aufgrund der jeweils vorhandenen Stärken eine Konzentration der angebotenen Leistungen stattfindet. Konkret könnten Kapazitäten einer Erweiterten Versorgung konsequent anhand etablierter Fachdisziplinen und Bedarfe (neu) ausgerichtet werden. Dies können auch kleinere Kliniken leisten, die sich regional in Verbundstrukturen mit anderen Häusern organisieren. So lassen sich Ressourcen effizient nutzen und eine hohe Behandlungsqualität organisieren.

¹ <http://www.vebeto.de/krankenhausplanung>

Eine solche Schwerpunktsetzung ist in doppelter Hinsicht sinnvoll. Erstens stellt sie langfristig eine Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse unabhängig von Stadt und Land sicher. Wenn benachbarte Einrichtungen ihre Disziplinen planvoll organisieren und zusammenlegen, wird sich die Erreichbarkeit und Versorgungsdichte nicht verschlechtern. Zweitens geht mit dieser Bündelung eine gleichbleibende – bzw. sogar steigende – Behandlungsqualität aufgrund möglicher Fallzahlsteigerungen einher. Damit könnte die Krankenhauslandschaft zielgerichtet umgebaut und weiterentwickelt werden.

Daneben sollte eine zukünftige Krankenhausplanung zwingend Öffnungsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Bereich bereits mit in den Blick nehmen, um deren Potenziale nutzen zu können. Solche Strukturen müssen regional verfügbar sein und notwendige Qualitätsstandards gewährleisten.

2) Einführung eines Optionsmodells

In der Folge kann ein zentraler Mangel des jetzigen Finanzierungssystems in den Blick genommen werden: die fehlende Gegenfinanzierung eines bestehenden Versorgungsbedarfs. Ursachen dafür können u.a. Kostenunterschiede aufgrund des Standortes sein, zu geringe Bereitstellung von Investitionsmitteln oder die fehlende Refinanzierung notwendiger Vorhaltungen über die DRGs. Hinzu kommen sich wandelnde Erwartungen in der Arbeitswelt und der Versorgungslandschaft. Aufgrund des berechtigten Wunsches vieler Beschäftigter nach einer stärkeren Vereinbarkeit von Beruf und Familie und verpflichtenden Personalquoten müssen Krankenhäuser in einer Zeit der begrenzten Fachkräfte mehr Personal vorhalten. Unabhängig von der Größe des Krankenhausstandortes führt dies dazu, dass sich bestimmte Fachbereiche „nicht mehr rechnen“.

In der jetzigen Systematik haben Kliniken einen begrenzten Werkzeugkoffer, um mit dieser Situation umzugehen: Fokussierung auf Eingriffe mit hohen Deckungsbeiträgen, Mengenausweitung oder Einsparungen bei nicht behandlungsnotwendigen Ausgaben. Dies führt zu Fehlanreizen und schadet zudem mittel- bis langfristig der Qualität und Innovationsfähigkeit des Systems in Gänze.

Daher unterstützen wir in einem zweiten Schritt einen Reformvorschlag, der sich an den Überlegungen von Prof. Dr. Roeder anlehnt. Demnach haben bedarfsnotwendige Krankenhäuser die Möglichkeit, Sicherstellungszuschüsse für die Vorhaltung bestimmter Leistungen und Strukturen zu erhalten („Optionsmodell“). Der kkvd schlägt vor, dass in Fällen, in denen die Standardfinanzierung aufgrund der oben beschriebenen Vorhaltekostenproblematik nicht ausreicht, die Einrichtungen eine entsprechende Prüfung beantragen können. Wenn sie eine Deckungslücke nachweisen können, z.B. durch einen strukturierten und vom Wirtschaftsprüfer attestierten Nachweis, sollten sie grundsätzlich einen Anspruch auf eine Vorhaltekostenfinanzierung haben. Hierzu sollte auch das Land angehört werden. Wenn das Land ebenfalls der Meinung ist, dass das Krankenhaus besonders finanziert werden muss (z.B. aufgrund seiner Bedarfsnotwendigkeit), kann eine Finanzierung erfolgen.

Zur Ermittlung der Vorhaltekostenlücke kann auf die InEK-Kalkulation zurückgegriffen werden. Die vom InEK ermittelte durchschnittliche Vergütung für DRGs reicht zur Refinanzierung der Vorhaltekosten, wenn das Krankenhaus durchschnittlich ausgelastet ist. Den Durchschnitt bilden die an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser. Über die Grenzleistungsmenge wird ermittelt, wie hoch die Leistungsmenge (also der Casemix) sein müsste, um die Vorhaltekosten im Krankenhaus zu refinanzieren. Dies können die individuellen Vorhaltekosten eines Krankenhauses sein oder durchschnittliche Vorhaltekosten für vergleichbare Fachabteilungen (gerechnete Modelle). Über den Abgleich der Grenzleistungsmenge mit der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge kann das Delta der nicht finanzierten Kosten ermittelt werden, was dann Grundlage für die zu finanzierenden Vorhaltekosten darstellt.

Damit könnte eine verlässlichen Daseinsvorsorge sowohl in der Fläche als auch im urbanen Raum auskömmlich finanziert werden. Zugleich würden (Fehl-)Anreize für nicht notwendige Leistungen verschwinden. Auch können die veränderten Strukturen und die gewonnenen Erkenntnisse dazu dienen, langfristig einen Finanzierungsmechanismus zu implementieren, der auf regionalen Budgets aufbaut.

3) Sektorengrenzen abbauen – Stärkung der tagesstationären Versorgung

Der kkvd spricht sich darüber hinaus dafür aus, Versorgung nicht mehr in den bestehenden Sektorengrenzen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich zu organisieren. Krankenhäuser sollten künftig vermehrt ambulante Versorgungsleistungen in regional abgestimmten Versorgungsnetzwerken übernehmen können. Bereits heute sind Kliniken – insbesondere in ländlichen Regionen – Teil des ambulanten Systems und zuverlässige Leistungserbringer. Aufgrund des Fachärztemangels ist absehbar, dass sich diese Entwicklung in den kommenden Jahren weiter verstärken wird. Insofern sehen es die katholischen Krankenhäuser als wichtig an, sich gemeinsam mit dem niedergelassenen Bereich für eine auskömmliche Finanzierung und Refinanzierung der Vorhaltungen einzusetzen.

Ziel sollte es sein, eine „tagesstationäre Versorgung“ auszubauen und zu stärken. Konkret sollten hierzu notwendige Rahmenbedingungen für Behandlungen (z.B. Anforderungen im Bereich der Hygiene, Nachversorgung, etc.) definiert werden, die für eine sichere Patientenversorgung unerlässlich sind. Zudem müssen Regelungen für die Finanzierung getroffen werden, die den besonderen Vorhaltungen (Ausbildung der Fachärzte, Vorhaltung von Strukturen etc.) eines Krankenhauses verlässlich und nachhaltig Rechnung tragen. Die katholischen Krankenhäuser schlagen hierfür einen um den Übernachtungsanteil reduzierten DRG-Tagessatz vor. Insbesondere in Regionen mit einer bestehenden Unterversorgung sollte seitens der Planungsbehörden in Absprache mit den Leistungserbringern der Sicherstellungsauftrag zukünftig so vergeben werden, dass die daran Beteiligten langfristig planen können. Kliniken haben den Anspruch in einer sich wandelnden Versorgungslandschaft ihren Teil zu einer verlässlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten beizutragen. Hierfür braucht es gute Rahmenbedingungen – dann kann eine Ausweitung ambulanter Leistungen einen Beitrag zum Erhalt der Versorgungssicherheit leisten.

Ausblick: Einführung von Regionalbudgets ins Auge fassen

Aufbauend auf diesen Schritten könnte die sektorenübergreifende Versorgung perspektivisch mit regionalen bedarfsorientierten Budgets finanziert werden. Im Gegensatz zu bundeseinheitlichen Lösungen würden diese den regionalen Gegebenheiten passgenau Rechnung tragen. Nicht ohne Grund ist die Subsidiarität als zentrales Prinzip in der föderalen Grundordnung der Bundesrepublik verankert. Die Regionen und die Krankenhäuser würden damit den notwendigen Gestaltungsspielraum gewinnen, um zielgerichtet die zur Verfügung stehenden Ressourcen einzusetzen und vorhandene Bedarfe in der Bevölkerung zu erfüllen. Zugleich können damit Fehlanreize minimiert und eine Transparenz (auch zwischen Versorgungsregionen) garantiert werden. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind Regionalbudgets in einzelnen Bundesländern bereits seit Jahren Realität. Dadurch konnten große Fortschritte hin zu einer guten Verzahnung in der sektorübergreifenden Behandlung erzielt werden.

In noch zu definierende Versorgungsregionen würden Budgets vereinbart werden, die eine mengenunabhängige Sockelfinanzierung für eine Basisversorgung sowie mengenabhängige Vergütungsbestandteile (DRG-Finanzierung) enthielten. Dadurch können Einrichtungen im Wettbewerb zueinander leistungsabhängig Mehreinnahmen erwirtschaften. Wie hoch der Anteil des fallunabhängigen Sockels am Gesamtbudget des einzelnen Krankenhauses ausfällt, ist abhängig von der regionalen Struktur. Da in einem ländlichen Landkreis das Aufkommen an Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Ballungsgebiet geringer ist, ist ein höherer Anteil des fallunabhängigen Sockels erforderlich, um die notwendigen Vorhaltungen bereitzustellen.

Die wesentlichen Vorteile der Überlegungen im Überblick:

Ziel der neuen Krankenhausplanung und -finanzierung ist es, eine verlässliche Regelversorgung und eine auskömmliche Ausstattung der Krankenhäuser zu gewährleisten. Aus Sicht der katholischen Krankenhäuser muss ein Grundsatz lauten: Kliniken müssen Tariflöhne zahlen können, ohne Mehrleistungen erbringen zu

müssen. Gelingen kann dies nur, wenn Krankenhausplanung konsequent umgesetzt wird. Mit Hilfe von Bedarfs- und Angebotsalgorithmen könnten eine flächendeckende Grund- und Regelversorgung erhalten und gleichzeitig finanzielle und personelle Ressourcen weitaus effizienter genutzt werden. Anstatt nach bundespolitisch definierten Vorgaben (z.B. Größe des Hauses) medizinische Versorgung zu organisieren oder ungesteuert Standorte zu schließen, ließen sich so bedarfsgerecht Strukturen verändern.

Um aus dem bestehenden Dilemma der Mengenausweitung aufgrund einer nicht kostendeckenden Finanzierung auszubrechen, schlagen die katholischen Krankenhäuser einen Mechanismus vor, der eine verlässliche Basisversorgung garantiert. Schlüssel hierfür sind Vorhaltekosten, die für notwendige Bereiche (z.B. Notfallversorgung) fallunabhängig erstattet werden. Ziel ist es nicht, künstlich Standorte am Leben zu erhalten, sondern eine bedarfsgerechte Versorgung zu garantieren und Krankenhäuser „aus dem Hamsterrad der Mehrleistungen“ zu befreien.

Die gemachten Vorschläge sind weiterhin ein klares Bekenntnis zum Wettbewerb – einem Wettbewerb um Qualität. Entscheidend ist, dass Wettbewerb zwischen den Einrichtungen so in vernünftige Bahnen gelenkt würde. Wettbewerb steht damit nicht dem Wohl der Patientinnen und Patienten entgegen, bietet dennoch strategische Freiheiten und vor allem Anreize. Ein solches Finanzierungssystem leistet somit eine vernünftige Balance zwischen Kostenaspekten und einer passgenauen Erfüllung vorhandener Bedarfe.

All diese Maßnahmen würden die Versorgung in jeder Region und somit die Daseinsvorsorge langfristig sichern. Die hier dargestellten Überlegungen sollen einen Beitrag für die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik und die Akzeptanz der Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung leisten.

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)

Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin

Telefon 030-2408368-11

E-Mail kkvd@caritas.de