

Die Position der TK

Krankenhaus-Finanzierung neu denken

Oktober 2020

Deutschland hat eine hochentwickelte Krankenhauslandschaft, die international ihres Gleichen sucht. Mit 600 Betten je 100.000 Einwohner liegt unser Land weit oben im Ländervergleich. Bei der Bewältigung der Corona-Pandemie zeigt sich, dass die Träger in der Lage sind, Betten sehr schnell umzuwidmen und Intensiv-Kapazitäten aufzubauen. Sie haben damit erheblich dazu beigetragen, eine hohe Versorgungssicherheit zu gewährleisten. [Größte Anerkennung und Dankbarkeit verdienen die dort tätigen Menschen](#), die in den Phasen hoher Inzidenz von SARS-Covid-19-Erkrankten mit ihrem Einsatz Leben gerettet haben und dies weiterhin tun.

Die [Ausnahmesituation](#) hat gezeigt, worauf wir stolz sein können. Sie hat aber auch erneut die Defizite der Krankenhauslandschaft offen gelegt. Nach dem Aufruf, Kapazitäten für Covid-19-Patienten freizuhalten und planbare Maßnahmen zu verschieben, sind viele Betten leer geblieben. Dieser Leerstand dauerte weit über die erste Akutphase der Pandemie hinaus an. Es ist anzunehmen, dass viele Menschen eine individuelle Risikoabwägung getroffen haben und geplante und zum Teil auch akute Behandlungsanlässe hinten anstellten. Damit haben die Patienten auch einen Beleg für die oft beklagte Interventions-Lastigkeit des deutschen Gesundheitswesens geliefert.

Im internationalen Vergleich weist Deutschland seit langem eine [überdurchschnittliche Bettendichte und hohe Fallzahlen](#) auf. Nach Meinung vieler Experten liegt die Ursache hierfür vor allem in der deutschen Ausgestaltung des Fallpauschalen-Systems und der aus der Krankenhausplanung resultierenden, hohen Bettenvorhaltung. Es ist mittlerweile unbestritten, dass das fast ausschließlich auf Pauschalen basierende System zur [Mengenausweitung](#) anregt. Der Anreiz wird durch die zu geringe Investitionsfinanzierung der Länder verstärkt. Sie bewirkt, dass Krankenhäuser Investitionsausgaben durch Einnahmen aus dem laufenden Betrieb decken. Ökonomische Anreize zur Verbesserung der Qualität sind wenig ausgeprägt. Hinzu kommt ein wachsender Personalmangel, vor allem im Pflegedienst. Bereits vor Ausbruch der Corona-Pandemie war deshalb die Notwendigkeit einer Finanzierungsreform weitgehend anerkannt.

Der eilig aufgestellte pauschale [Rettungsschirm](#) für Krankenhäuser in der Pandemie hat deutlich gezeigt, dass bei der Vergütung von stationären Leistungen auf eine angemessene Differenzierung geachtet werden sollte. Der pauschale Ausgleich für jedes Haus, unabhängig von der Versorgungsstufe oder sonstigen regionalen Besonderheiten der Krankenhäuser führte zu unbefriedigen-

den Ergebnissen. Während Häuser der höheren Versorgungsstufen, die eher medizinisch anspruchsvolle Patienten behandeln, vorwiegend auch Covid-19-Patienten, nicht ausreichend kompensiert wurden, erhielten andere Ausgleichzahlungen, die höher waren als die Entgelte im normalen Leistungsgeschehen zuvor. Zwar wurden die Pauschalen zwischenzeitlich korrigiert. Die Erfahrungen mit der Pandemie haben jedoch die **Wichtigkeit einer zielgerichteten, an der Versorgungsstufe ausgerichteten Vergütungsstruktur** unterstrichen. Es ist an der Zeit, diese Defizite durch konkrete Reformen abzustellen und das Vergütungssystem so zu gestalten, dass Versorgungsziele auch wirklich erreicht werden können. Die TK regt deshalb an, die Krankenfinanzierung neu zu denken und schlägt dafür folgende Ansatzpunkte vor:

- **Neuer Mix aus Fallpauschalen, Vorhaltekosten und Qualitätszuschlägen**
- **Abbau der Sektorengrenzen durch gleiche Vergütung der Leistungen**
- **Konsequente und durchgängige Digitalisierung**

1. Fallpauschalen, Vorhaltekosten und Qualitätszuschläge

Die Einführung der Fallpauschalen in der stationären Versorgung zu Beginn des Jahrtausends war ein Meilenstein für mehr Transparenz, Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Mit ihnen wurde erstmals eine Leistungstransparenz verbunden mit einer ökonomischen Vergleichbarkeit von Leistungen erreicht, die das wettbewerbliche Handeln gestärkt hat. Im Interesse der Finanzierbarkeit unserer gut ausgebauten Krankenhauslandschaft, sollte das Steuerungsprinzip der Leistungsgerechtigkeit weiterhin einen zentralen Stellenwert haben. Dies gilt umso mehr, als das Gesundheitswesen in den zwanziger Jahren erhebliche Herausforderungen zu meistern haben wird.

Um unerwünschte Entwicklungen zu korrigieren schlägt die TK vor, das **DRG-System anzupassen und zu ergänzen**. Die regionale Kostenstruktur und die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenhauses sollten bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden. Für Leistungsangebote, die sich wegen einer geringen Fallzahl nicht mehr sinnvoll durch Fallpauschalen finanzieren lassen, sollten Bestandteile von Vorhaltekosten in die Vergütung eingebaut werden. Dadurch können **bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen insbesondere im ländlichen Raum und in Spezialdisziplinen erhalten** werden. Außerdem besteht kein Anreiz mehr, Leistungszahlen zu steigern, um Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Ebenso sollten Vorhaltekosten bei Leistungen, die ausschließlich von Kliniken der Maximalversorgung erbracht werden, berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung von Vorhaltungen für Leistungen bedingt immer **zunächst die Feststellung von deren Bedarfsnotwendigkeit**. Nur so kann erreicht werden, dass bestehende unwirtschaftliche und nicht bedarfsnotwendige Strukturen durch eine Finanzierung von deren Vorhaltung nicht für die Zukunft zementiert werden. Die leistungsgerechte Finanzierung der reinen Behandlungskosten sollte auch weiterhin über DRG erfolgen.

Ergänzt werden sollte die Vergütung um Bestandteile, die von der erbrachten Behandlungsqualität abhängig sind. Dabei können sowohl die bereits existierenden Entgelte der Strukturqualität wie Vergütungen für Komplex OPS (z.B. Intensivmedizinische oder frührehabilitative OPS) als auch Entgelte in Abhängigkeit von der Ergebnisqualität zur Anwendung kommen. Die Bestandteile der zukünftigen Vergütung könnten sodann in ein Gesamtbudget münden, das leistungsbezogen entsprechend der Inanspruchnahme durch die einzelnen Benutzer abfinanziert würde.

Voraussetzung für eine zukünftige angemessene Vergütung u.a. auch von Vorhaltekosten ist eine strukturierte regionale Versorgungsplanung auf Basis bundesweit einheitlich vorgegebener Versorgungsstufen für Kliniken. Das heißt auch, dass als deren Folge von einem Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten und bereits eintretender Unterversorgung im ländlichen Bereich auszugehen ist. In Zeiten des wachsenden Personalmangels muss stärker als je zuvor auf einen sinnvollen Einsatz der Ressource Mensch gesetzt werden.

2. Abbau der Sektorengrenzen durch gleiche Vergütung von Leistungen

Derzeit besteht für Krankenhäuser kein Anreiz, Patienten ambulant zu behandeln, auch wenn ihr medizinischer Zustand das erlauben würde. Die bisher geschaffenen und stetig ausgebauten Rahmenbedingungen zur Förderung der **Ambulantisierung** sollten deshalb konsequent weiterentwickelt werden. Die TK hat bereits für einige Indikationen sog. **Hybrid-DRGs** entwickelt und sammelt gemeinsam mit einigen Leistungserbringern praktische Erfahrung. Der Ausbau dieser Vergütungsform in der Regelversorgung sollte vorangetrieben werden. In Frage kommen Leistungen mit geringem Schweregrad, kurzen Verweildauern und einem relevanten stationären Versorgungsgeschehen. Voraussetzung sind symmetrische Bedingungen für beide Sektoren im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung und die Qualitätssicherung.

3. Konsequente und durchgängige Digitalisierung

Der Gesetzgeber hat bereits mit der Telematikinfrastruktur und der verpflichtenden Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) zum 01.01.2021 einen wichtigen Grundstein für die Digitalisierung in der stationären Versorgung gelegt. Bisher war dieser Prozess jedoch auf die innere Systemlandschaft der Krankenhäuser beschränkt. Um Insellösungen und Heterogenität in der IT-Infrastruktur abzubauen bzw. zu vermeiden, ist es notwendig, die verschiedenen Systemlandschaften interoperabel zu gestalten. Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhauszukunftsfonds hierfür einen weiteren Impuls gesetzt. Für die Zukunft muss gelten, dass alle Investitionen darauf ausgerichtet und daran gemessen werden, ob sie diesen Anforderungen genügen. Insbesondere sollte auch der Patientennutzen sichergestellt sein und patientenrelevante Dokumente in die ePA eingestellt werden.

Neben der technischen Interoperabilität muss auch ein einheitliches Verständnis von Prozessen gelten, so dass auch weitere Leistungserbringer wie beispielsweise niedergelassene Ärzte, Apotheker oder Hilfsmitteldienstleister Netzwerkteilnehmer sein können. Einheitliche Netzwerke mit offen zugänglichen Schnittstellen für alle Leistungserbringer schaffen Transparenz, von der vor allem die Patienten profitieren.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
Luisenstraße 46, 10117 Berlin
Tel. 030 - 28884710
berlin-gesundheitspolitik@tk.de