

Die Position der TK

Wie Baden-Württemberg eine Krankenhausfinanzierung mitgestaltet, die auskömmlich vergütet und fördert, was gut und notwendig ist

Auch in Baden-Württemberg klaffen Anspruch und Wirklichkeit in der Finanzierung der Krankenhäuser weit auseinander. Alle Landesregierungen haben bisher den Anspruch formuliert, als Teil der Daseinsvorsorge die Krankenhauslandschaft zu gestalten und zu verantworten. Aber obwohl als Folge davon die Bundesländer gesetzlich dazu verpflichtet sind, notwendige Investitionen z.B. in Bausubstanz oder Ausstattung der Krankenhäuser zu finanzieren, kommen sie dieser Verpflichtung seit Jahrzehnten nicht nach - auch nicht Baden-Württemberg.

Finanzierungslücken in der Krankenhaus-Investitionsförderung

Laut Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) lag der Anteil der Krankenhausinvestitionen an den gesamten Krankenhauskosten - die sogenannte Investitionsquote - in Baden-Württemberg im Jahr 2017 bei 3,6 Prozent (DKG: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern). Dies sogar mit rückläufiger Tendenz. Bereits 2006 hat die Expertenkommission zur Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg ermittelt, dass die Investitionskostenquote mindestens zehn Prozent betragen sollte.

Die Krankenhäuser haben somit keine andere Wahl, als das Geld für die Generalsanierung oder die Modernisierung der Technik zu einem wesentlichen Teil aus den Vergütungen der Krankenkassen für die Behandlung der Patienten zu bezahlen. Die Krankenkassen tragen also in zunehmendem Maße zur Finanzierung der stationären Versorgungsstrukturen bei, ohne aber Einfluss auf deren Ausgestaltung nehmen zu können.

Auch um das notwendige Geld für Investitionen zu generieren, waren die Krankenhäuser in Baden-Württemberg gezwungen, die Menge der Operationen und Behandlungen zu steigern. Die Folgen sind Qualitätseinbußen in der Versorgung und eine zunehmende Belastung von ärztlichem und pflegerischem Personal.

Auf dem Weg zu einer Weiterentwicklung der Krankenhaus-Vergütung

Es überrascht also nicht, dass viele Krankenhäuser in Baden-Württemberg über wirtschaftliche Schwierigkeiten klagen. Könnte eine Reform des bestehenden Fallpauschalen- bzw. DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) die Lage verbessern? Hier lohnt sich ein Blick zurück: Die Fallpauschalen wurden im Jahr 2003 eingeführt, um Transparenz, Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen zu verbessern. Das ist auch in weiten Teilen gelungen. Aber es gibt zweifellos auch unerwünschte Entwicklungen, die Reformbedarf signalisieren: So hat sich beispielsweise gezeigt, dass die starke Fallzahlabhängigkeit des DRG-Systems sowie entsprechende Kalkulationsprinzipien nicht immer zu einer passgenauen Finanzierung führen. Auch fehlt es an Vergütungskomponenten, die die Qualität der Behandlung berücksichtigen.

Jetzt geht es darum, auf Bundesebene die bewährte Finanzierungsstruktur der Fallpauschalen durch zusätzliche Bestandteile zu ergänzen. Baden-Württemberg könnte in dieser Diskussion eine treibende und gestaltende Rolle einnehmen.

Vorschläge der TK-Landesvertretung Baden-Württemberg:

- Fördermittel an Plankrankenhäuser fließen in Baden-Württemberg künftig nur, wenn diese Schnittstellen zu einem telemedizinischen Versorgungsnetz bereitstellen. Dieses umfassende, sektorenübergreifende Versorgungsnetz bindet neben den Krankenhäusern auch niedergelassene Ärzt:innen und Ärzte sowie weitere Einrichtungen im Gesundheitswesen ein. Eine mögliche Grundlage ist dafür aus Sicht der TK das von der Landesregierung geförderte Projekt „Sektorenübergreifende Telemedizinplattform 2025 in Baden-Württemberg“.
- Baden-Württemberg setzt sich dafür ein, die Vergütung der Krankenhäuser und das DRG-System grundlegend zu modernisieren. Dabei stehen die folgenden Elemente im Vordergrund:
 - Für die Förderung einzelner Bau- bzw. Strukturprojekte in der stationären Versorgung bleibt weiterhin das Land zuständig. Die Pauschalförderung der Krankenhäuser mit Investitionsmitteln wird jedoch auf die Krankenkassen übertragen. Zur Realisierung einer leistungsgerechten Investitionsförderung können die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich zu kalkulierenden Investitionsbewertungsrelationen genutzt werden. Damit kann die Investitionsfinanzierung der bisherigen pauschalen Fördermittel auf einer objektiven und bundesweit vergleichbaren Basis erfolgen. Im Rahmen einer solchen Teilmonistik wird den Krankenkassen ein gleichberechtigtes Recht zur Mitgestaltung der Krankenhausplanung eingeräumt. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den Bundesländern.
 - Eine große Klinik mit vielen Spezialabteilungen hat andere Strukturerefordernisse als ein kleines, grundversorgendes Krankenhaus. Die regionale Kostenstruktur und die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenhauses werden daher bei der Vergütung - auch durch Zuschläge - stärker berücksichtigt. Die Kriterien dafür werden bundesweit einheitlich vorgegeben. Als Folge davon kann Kliniken in vor allem ländlichen Regionen, in denen eine Unterversorgung droht oder bereits eingetreten ist, besser finanziell geholfen werden. Gleichzeitig tritt ein Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten ein.
 - Für Leistungsangebote, die sich wegen einer geringen Fallzahl nicht mehr sinnvoll durch Fallpauschalen finanzieren lassen, werden Bestandteile von Vorhaltekosten in die Vergütung eingebaut. 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 werden Vorhaltekosten bei Leistungen, die ausschließlich von Kliniken der Maximalversorgung erbracht werden, berücksichtigt. Was bedarfsnotwendig ist, muss nach bundeseinheitlichen Kriterien festgelegt werden, damit bestehende unwirtschaftliche und nicht bedarfsnotwendige Strukturen durch eine Finanzierung von deren Vorhaltung nicht für die Zukunft zementiert werden.
 - Die Vergütung von Behandlungsleistungen im Krankenhaus wird um Bestandteile ergänzt, die von der erbrachten Behandlungsqualität abhängig sind. Dabei können sowohl die bereits existierenden Entgelte der Strukturqualität als auch Entgelte in Abhängigkeit von der Ergebnisqualität zur Anwendung kommen.
 - Die leistungsgerechte Finanzierung der reinen Behandlungskosten erfolgt auch weiterhin über DRG. Alle Bestandteile der zukünftigen Vergütung münden in ein Gesamtbudget, das leistungsbezogen entsprechend der Inanspruchnahme durch die einzelnen Benutzer finanziert wird.

- Für Angebote im Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden gemeinsam von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten Fachkonzepte erarbeitet. Dafür werden mit den Krankenkassen gesonderte Vergütungsmodelle entwickelt. Die TK hat hierzu mit den Hybrid-DRG bereits ein Konzept vorgelegt.

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Baden-Württemberg
Friedrichstraße 23a, 70174 Stuttgart
Tel. 07 11 - 250 95 406
lv-baden-wuerttemberg@tk.de