



Krankenhausvergütung Moderat modifizieren

Eine Reform des DRG-Systems ist alles andere als trivial. Die Grundidee, Leistungen zu finanzieren, bleibt indes richtig. Die großen Veränderungen werden aber eher bei der Strukturierung der Krankenhauslandschaft und nicht bei der Vergütung anstehen.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Das Jahr 2020 wird möglicherweise als das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung in die Geschichte eingehen. Neben der Kassenfinanzierung, die trotz historischen Leistungsrückgangs kaum hinter dem Vorjahr zurückbleiben dürfte, hat der Bund den Krankenhäusern erhebliche Summen zukommen lassen: mehr als zehn Milliarden Euro in Form der „Freihaltepauschale“ als Leerstandsfinanzierung und drei Milliarden Euro als Digitalisierungshilfe – um nur die größten Posten zu nennen. Kein Mensch glaubt, dass diese Volumina den Krankenhäusern auch künftig zur Verfügung stehen werden. Spätestens nach einer Bundestagswahl ist traditio-

nell der Zeitpunkt gekommen, an dem sich die prekäre Situation der Staatsfinanzen in Kostendämpfung niederschlägt. In der Regel werden diese Maßnahmen mit zukunftsweisenden Strukturreformen gekoppelt: Die Krise ist die Mutter aller Reformen. Die Krankenhausvergütung und die Strukturierung der Krankenhauslandschaft dürften ganz oben auf der Agenda stehen.

Es ist schwer zu prognostizieren, ob die Corona-Pandemie die Strukturdebatte wesentlich ändern wird. Zum jetzigen Zeitpunkt ist vergleichsweise sicher, dass die Bewältigung der Pandemie durch Einschränkung von Kontakten, Unterbrechung von Infektions-

ketten und umfangreiche Testung außerhalb des Krankenhauses entschieden wird – nicht im Krankenhaus. Die Anweisung, bei Symptomen nicht in eine Klinik zu gehen, sondern so lange wie möglich in häuslicher Isolation zu bleiben, war wahrscheinlich der entscheidende Faktor, warum Deutschland im internationalen Vergleich bislang relativ glimpflich durch die Pandemie gekommen ist.

Der Beitrag der Krankenhäuser zur Krisenbewältigung war vor allem der ungemein schnelle Umbau des Leistungsgeschehens, nämlich Freihaltung von Betten durch massenhafte Verschiebung elektiver Leistungen (und

Foto: Gettyimages.com/Tim Stocker Photography

möglicherweise auch einiger Notfälle). Im Ergebnis gab es einen historischen Einbruch bei den Krankenhausfällen.

Ungleiche Covid-19-Last

Die ersten Analysen (zum Beispiel von Prof. Dr. Boris Augurzyk und Prof. Dr. Reinhard Busse im Auftrag des Corona-Expertenbeirats) zeigen, dass die Behandlung der Covid-Patienten sehr ungleich verteilt war. Es waren vor allem die großen Häuser, die letztlich die Last der Pandemie getragen haben. Erste Zahlen im Zusammenhang mit der Auszahlung des Pflegebonus weisen aus, dass drei Viertel der Krankenhäuser nicht einmal 20 Covid-Patienten stationär versorgt haben. Die These, dass Deutschland wegen der vielen kleinen Krankenhäuser gut durch die Krise gekommen ist, lässt sich durch den nüchternen Blick auf das Versorgungsge-schehen wirklich nicht erhärten.

Die Zahlen zeigen außerdem, dass ein Viertel der Covid-Patienten nach Aufnahme verlegt werden musste – in der Regel „aufwärts“ in Richtung Maximalversorger. Es fehlte letztlich eine strukturierte Patientensteuerung für den Pandemiefall, was für das Frühjahr 2020 wenig verwundert, aber bei der nächsten Pandemiewelle besser gemacht werden sollte. Segensreich war das DIVI-Intensivregister mit der aktuellen Übersicht über freie intensivmedizinische Kapazitäten. Eine solche Form von Echtzeit-Monitoring ist auch jenseits des Intensivbereichs erforderlich. Wenn man überhaupt eine Konsequenz aus der Corona-Pandemie ziehen kann, dann ist es diese: Deutschland braucht eine stärker und bundeseinheitlich strukturierte Krankenhauslandschaft, gegliedert in Versorgungsstufen, mit klarerer Aufgabenzuweisung und gesteuert mit einem Echtzeit-Monitoring.

Strukturierung der Krankenhauslandschaft

Bei der anstehenden Reform der stationären Versorgung dürfte die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft wichtiger sein als die Neustrukturierung der Vergütung. Derzeit entscheiden die

Krankenhäuser quasi autonom, welche Leistungen sie erbringen, was in vielen Bereichen zu international fast beispiellosen Parallelstrukturen geführt hat. Die Landesplanung wird dieses Problem nicht lösen; die gegenwärtige Struktur ist ja gerade das Ergebnis dieser angeblichen Planung. Ursächlich ist zum einen die Tatsache, dass Länder bei der Abwägung von Planungsentscheidungen die Folgekosten und die Qualitätsminderung systematisch unberücksichtigt lassen. Zum anderen sind inzwischen die autonomen Trägerentscheidungen der Krankenhäuser wettbewerbs- und eigentumsrechtlich weitestgehend geschützt. Ein halbwegs gut belegtes Haus im Krankenhausplan kann quasi nicht geschlossen werden.

So bleibt nur der Weg über bundesweite Vorgaben zur Qualität der medizinischen Leistungen – in der Regel Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das beseitigt die Überversorgung nicht, aber reduziert sie zumindest auf Leistungen, die als qualitativ gesichert gelten können. Der entscheidende Link zum Vergütungssystem ist dabei die Abrechenbarkeit von Leistungen. Klarer als bisher wird zu regeln sein, welche DRG von Häusern einer jeweiligen Versorgungsstufe abgerechnet werden können. Dieser Weg, der mit Komplexpauschalen für Stroke Units derzeit gegangen wird, ist zukunftsweisend.

Modifikation der DRG-Vergütung

Was ist die richtige Vergütungseinheit: Tage, Einzelleistungen, Fälle, Vorhaltung, Ausstattung, Kosten? Es ist relativ einfach, die negativen Anreize der jeweiligen Vergütungsformen zu benennen (und je nach Interessenlage öffentlich anzuprangern); dazu braucht man nicht Ökonomie studiert zu haben. Komplizierter ist es schon, ein halbwegs rationales Vergütungssystem zu etablieren, wenn man einmal die Nachteile aller Vergütungssysteme durchdekliniert hat. Die Grundidee, Leistungen zu finanzieren, bleibt richtig. Und die Idee, die Leistungen möglichst einfach zu vergüten, bleibt ebenfalls richtig: keine ellenlange Einzelleistungsvergütung, sondern eine Rechnung je Fall. Aufgrund dieser simplen

Logik sind weltweit, in ganz unterschiedlichem ordnungspolitischen Kontext, die DRG-Fallpauschalen zum dominanten System geworden. Erst sie haben übrigens Transparenz und leistungsbezogene Qualitätssicherung ermöglicht. Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass DRG-Fallpauschalen auf absehbare Zeit der Kern der Krankenhausvergütung bleiben werden. Vier Modifikationen und Ergänzungen werden diskutiert:

- 1. Berücksichtigung von Vorhaltekosten
- 2. Differenzierte Vergütung von Versorgungsstufen
- 3. Adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen
- 4. Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Berücksichtigung von Vorhaltekosten

Das DRG-System berücksichtigt nur erbrachte Leistungen. Bei der Kalkulation gehen zwar auch Vorhaltekosten ein (zum Beispiel Geräte im OP), aber bei reduziertem Leistungsumfang vermindert sich das Vergütungsvolumen. Der Ruf nach Vorhaltefinanzierung hat deshalb seit Kurzem gesundheitspolitische Konjunktur: Solange die Fälle stiegen (oder gesteigert werden konnten), solange waren die Fallpauschalen populär. Seit die Fälle eher rückläufig sind (und das waren sie schon kurz vor der Pandemie), kommt der Ruf nach Budgetsicherung. Das Krankenhaus soll nicht mehr für seine Leistungen, sondern dafür vergütet werden, dass es (etwas boshaft formuliert) existiert.

Fairerweise muss man sagen, dass die meisten Staaten zur Krankenhausfinanzierung Mischformen gewählt haben, also sowohl Vorhaltekosten (oft öffentlich finanziert) als auch leistungsbezogene Komponenten refinanzieren. Auch Deutschland hatte sich bei Einführung der dualen Finanzierung in den 1970er-Jahren für ein Mischsystem entschieden. Die länderfinanzierte Vorhaltung via Investitionsfinanzierung machte rund ein Viertel der Krankenhausfinanzierung aus. Erst durch die Erosion der Investitionsfinanzierung ist es zu der in diesem Ausmaß nicht intendierten Dominanz der leistungsorientierten DRG-Vergütung gekommen.

Der Weg zurück zur nennenswerten Vorhaltefinanzierung ist alles andere als trivial. Dreißig Jahre lang ist der Ruf nach vermehrter Länderinvestition wirkungslos verhallt, sodass man einen anderen Weg suchen muss. Ein bemerkenswerter Vorgang des Corona-Jahres 2020 war der Einstieg des Bundes in die Krankenhausfinanzierung, insbesondere durch die Leerstandsfinanzierung. Ursprünglich hatte sich der Bund auch zu einem Drittel an der Investitionsfinanzierung beteiligt, sodass sich die Frage stellt, ob man die DRG-Komponente reduziert zugunsten einer Vorhaltefinanzierung aus Bundesmitteln.

Die konzeptionellen Fragen sind vielfältig und seien hier nur angerissen: Vorhaltung braucht klare Regionsabgrenzung und einen Bevölkerungsbezug; beides gibt es in der gegenwärtigen Krankenhausvielfalt nicht. Die Vorhaltefinanzierung und -verpflichtung müssen auf geeignete Kliniken aufgeteilt werden. Die vorzuhaltenden Leistungen (inklusive Strukturvorgaben zu qualifiziertem Personal und technischer Ausstattung) müssen definiert werden, gegebenenfalls als Korridor. Nach der „Preisfindung“ muss jenseits der DRG ein Finanzierungsweg gefunden werden. Die Wechselwirkung zwischen Mindererlösen und Vorhaltefinanzierung gilt es gesetzlich zu regeln.

Die deutschen Krankenhäuser haben in der Corona-Krise gezeigt, dass eine schnelle Umstellung von Routine- auf Pandemieleistungen (oder andere Leistungsspitzen) möglich ist. Für den Pandemiefall muss man sich die Vorhaltefinanzierung deshalb eher als eine Art gesondert finanzierte „Umstellungsbe-

reitschaft auf Abruf“ vorstellen und nicht als Finanzierung von ungenutzten, vor sich hin staubenden Intensivbetten.

Differenzierte Vergütung von Versorgungsstufen

Die Kosten unterschiedlicher Versorgungsstufen werden derzeit im DRG-System durch differenzierte Fallertlöse abgebildet. Man kann aber diskutieren, ob dies ausreicht, um die hohen Kosten der Maximalversorger zu decken oder ob der Basisfallwert nach Versorgungsstufen differenziert werden sollte. Dies verlangt eine bundeseinheitliche Abgrenzung von Versorgungsstufen und wahrscheinlich eine komplementäre Veränderung der DRG-Kalkulation.

Adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen

Die Politik hat sich entschieden, Leistungen der Krankenpflege außerhalb der DRG in einem gesonderten Pflegebudget zu vergüten. Das vorgesehene Selbstkostendeckungsprinzip ist nicht nachhaltig und dürfte den Beginn der nächsten Legislaturperiode kaum überstehen. Man braucht deshalb Konzepte für eine adäquate Abbildung der Pflegeleistungen. Diese müssen nicht nur die Pflegekosten widerspiegeln, sondern auch die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen. Das kann nur auf der Basis einer digitalen Pflegedokumentation geschehen.

Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Ein stabiler historischer Trend im deutschen Gesundheitswesen ist die Erweiterung ambulanter Behandlungsmöglich-

keiten für Krankenhäuser. Allerdings hat dies bislang noch nicht zur spürbaren Verringerung der stationären Fallzahlen geführt, wie alle internationalen Vergleiche zeigen. Gegenwärtig wird eine Erweiterung des Kataloges ambulanter Operationen (AOP) in Auftrag gegeben und es ist damit zu rechnen, dass das Spektrum erheblich erweitert wird. Sofern kein eigenständiges Vergütungssystem hierfür auf den Weg gebracht wird (was Zeit kostet), wird wohl die DRG-Vergütung zugunsten der EBM-Vergütung an Bedeutung verlieren. Unklar ist noch, ob die „Schmuddelecken“ der Vergütung bereinigt werden, also jene Bereiche, in denen Quartals- oder Tagespauschalen ohne den geringsten Leistungsbezug vereinbart werden. Hierzu zählen insbesondere der teilstationäre Bereich, die Universitätsambulanzen und große Teile der psychiatrischen Institutsambulanzen. Eine neue Vergütungskomponente könnte eventuell auch eine Reform der Notfallstrukturen mit sich bringen.

Die hier angerissenen Veränderungen dürften in der nächsten Legislaturperiode zu erheblicher Arbeit für Gesetzgeber, Selbstverwaltungspartner, Krankenhäuser und Kassen führen – sind jedoch dringend notwendig. Insgesamt zeigt sich aber, dass die großen Veränderungen eher bei der Strukturierung der Krankenhauslandschaft und nicht bei der Vergütung anstehen.

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilungsleiter Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband

ID EFIX® Simulation

- Erlösrelevante Variablen
- Ermittlung vom Erlösdifferenzen
- Einzelfall und große Datenmengen
- Variable Darstellung inkl. Verlauf

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen

www.id-berlin.de