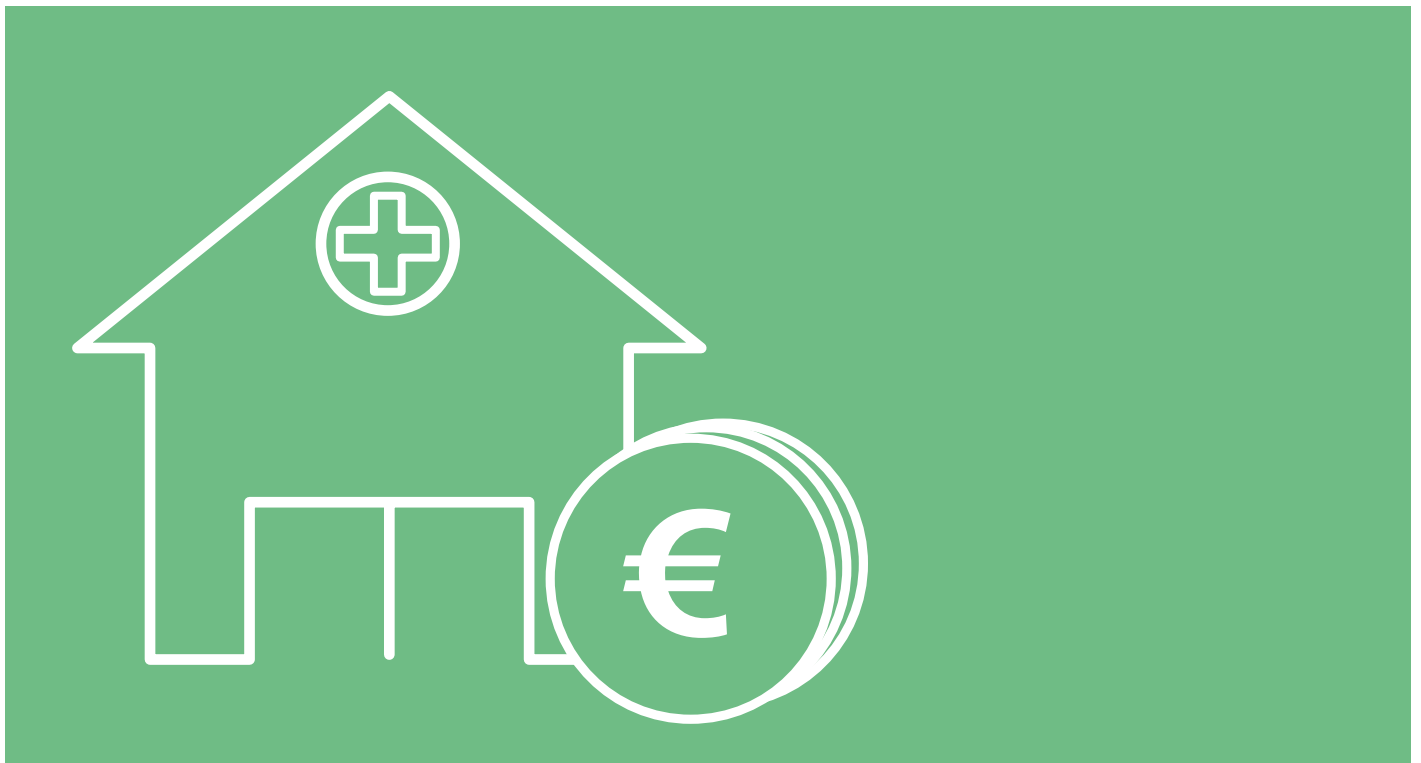


AOK-POSITIONEN FÜR EINE VERGÜTUNGS- UND STRUKTURREFORM IM KRANKENHAUSSEKTOR

KURZFASSUNG



1. Ausgangslage

Das DRG-System zur Vergütung von Krankenhausleistungen sieht sich nach fast 20 Jahren heftiger Kritik ausgesetzt. Wie jedes Vergütungssystem setzt auch dieses System Fehlanreize, die durch geeignete Maßnahmen ausgeglichen werden können. Während in tagesgleichen Vergütungssystemen ein Anreiz dafür besteht, Patienten möglichst lange im Krankenhaus zu behandeln, führen fallpauschalierte Systeme potenziell zu Mengenausweitungen und Überversorgung. Transparenz und Leistungsgerechtigkeit sind in fallpauschalierten Systemen aber besser ausgeprägt, so dass der Schwerpunkt einer Vergütungsreform in der Beseitigung der Fehlanreize des DRG-Systems liegen muss.

Die Mengenentwicklung hat seit 2017 zumindest einen vorübergehenden Stillstand erreicht und muss langfristig durch die „Ambulantisierung“ von Leistungen sowie qualitätsbasierte Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern weiter reduziert werden.

Aus Versichertenperspektive besteht der **berechtigte Anspruch einer wohnortnahen Versorgung**, der mit einem flächendeckenden Angebot verbunden ist. Gleichwohl ist es die Aufgabe einer verantwortungsbewussten Gesundheitspolitik sicherzustellen, dass die **Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung** konsequent umgesetzt werden. Dazu ist es erforderlich, dass Leistungen der Grundversorgung wohnortnah erbracht werden können, aber Leistungen mit einem Zusammenhang zwischen Menge oder Struktur und Behandlungsergebnis konzentriert werden müssen. Insoweit ist die **Vernetzung der Akteure** im Gesundheitswesen zu verbessern.

Die breit diskutierte **Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegekräften** muss differenziert betrachtet werden: So zeigen die Analysen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dass das Pflegepersonal auf zu viele Kliniken verteilt ist und damit zu einem relativen Mangel führt, dem im Sinne der Patientensicherheit begegnet werden muss.

Die **Einführung der Pflegebudgets durch Herausnahme aus dem DRG-System** ist jedoch keine Lösung des Problems. Es hat dazu geführt, dass durch die Aufspaltung der Betriebskostenfinanzierung vielfältige Probleme aufgrund von Doppelfinanzierungen entstehen. Wenn das DRG-System noch weiter aufgespalten würde, ergäben sich unüberschaubar viele Optionen für strategische Buchungen und Doppelabrechnungen, die in einem durch die Selbstverwaltung administrierten Vergütungssystem (mit mangelnder Transparenz und limitierten Durchgriffsrechten) nicht mehr beherrschbar wären. Es bestünde die Gefahr von „Mitnahmeeffekten“ durch die Krankenhäuser und zusätzlichen Belastungen der Beitragszahler.

Insgesamt betrachtet gibt es nur **wenige Gründe, das DRG-System als Basis der Vergütung vollstationärer somatischer Leistungen zu verlassen**. Weder ein klassisches Budgetsystem noch eine Umstellung auf Regionalbudgets bieten so erhebliche Vorteile, dass ein grundlegender Systemwechsel sinnvoll erscheint. Das Prinzip der Selbstkostendeckung kommt für die Krankenhausfinanzierung nicht in Frage, da es nicht dauerhaft finanzierbar wäre. Die vielfach kritisierten **ökonomischen Fehlanreize des DRG-Systems sind das Ergebnis der Verzögerung einer echten Krankenhausstrukturreform in Verbindung mit unzureichender Investitionsfinanzierung**.

Es ist daher angezeigt, die **Potenziale zur Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit und der fairen Verteilung der Mittel im bestehenden DRG-System zu nutzen**, statt immer wieder neue manipulationsanfällige Bypasslösungen einzuführen und das System weiter auszuhöhlen

Die Finanzierung der Krankenhäuser bedarf einer grundlegenden Reform. Die wesentliche Ursache dafür ist, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur **Finanzierung der Investitionskosten** jahrzehntelang nicht mehr im notwendigen Ausmaß nachgekommen sind. Viele Krankenhäuser haben zur Finanzierung notwendiger Investitionsvorhaben insbesondere beim Pflegepersonal Einsparungen vorgenommen. Diese **Quersubventionierung ist keine Folge des DRG-Systems**. So weist der Bundesrechnungshof in seinem Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 10. September 2020 eine Unterdeckung der Investitionsfinanzierung in Höhe von vier Milliarden Euro aus. Diese Unterdeckung hat negative Folgen für die Versorgungsqualität, die Wirtschaftlichkeit, den Digitalisierungsgrad und die Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern: Sie führt dazu, dass **keine zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen geschaffen werden**, die für eine höherwertige Qualität bei der Versorgung der Patienten für die Schaffung besserer Arbeitsbedingungen erforderlich wären. Stattdessen haben Krankenhäuser teilweise **Investitionen aus den DRG-Erlösen querfinanziert und Einsparungen bei Personal sowie Infrastruktur vorgenommen**. Um diese Defizite zu kompensieren, hat die Bundespolitik zahlreiche Förderprogramme aufgelegt und mittels politischer Intervention die Preiserhöhungen für Krankenhausleistungen pauschal für alle Krankenhäuser durchgesetzt. Diese Maßnahmen lösen jedoch die grundsätzlichen Probleme durch die mangelnde Investitionskosten-Finanzierung nicht.

2. Die Ziele der Vergütungsreform

Eine Vergütungsreform muss einerseits eine leistungsgerechte Finanzierung und Vergütung der Krankenhäuser unterstützen, andererseits aber auch den Erfordernissen einer strukturierten Patientenversorgung hinsichtlich der Behandlung im „richtigen“ Krankenhaus gerecht werden. Sie muss demzufolge vordringlich:

- eine **leistungsgerechte Finanzierung und Vergütung** sicherstellen,
- die **Leistungskonzentration in geeigneten Krankenhäusern fördern**, um die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit sicherzustellen und
- die **Einführung von Innovationen durch geeignete Instrumente steuern, fördern und absichern**.

Daneben müssen **Komplexität und Überregulierung des Vergütungssystems reduziert** werden, um die Belastung von Ärzten und Pflegekräften mit Dokumentationsaufgaben und Bürokratie zu senken. Das kann dazu beitragen, insbesondere die Pflegeberufe wieder attraktiver zu machen. In diesem Zusammenhang kommt dem Abbau des Modernisierungstaus bei der Digitalisierung der Krankenhäuser eine bedeutende Rolle zu. Jedwede Vergütungsreform muss digital gedacht und umgesetzt werden. Dabei sind Nachhaltigkeitsaspekte zu berücksichtigen.

3. Reformvorschläge für die Modernisierung des Vergütungssystems

Basis der Überlegungen zur Vergütungs- und Strukturreform ist eine qualitätsorientierte Krankenhauslandschaft. Eine **Verbesserung der Versorgungsqualität** wird durch die **konsequente Zentralisierung spezialisierter stationärer Leistungsangebote** auf die dafür geeigneten Standorte erreicht. Zur Umsetzung erhalten die Krankenhäuser zukünftig einen klar definierten Versorgungsauftrag, der die Grundlage für die Art der Leistungserbringung, das Budget und die Abrechnung festlegt. Basis sind noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu definierende Leistungsgruppen mit Qualitätsvorgaben, die für die Planung und Vergabe von Versorgungsaufträgen auf der Landesebene genutzt werden. Die Leistungsgruppen

für die stationäre Versorgung werden in Basisversorgung und spezialisierte Versorgung differenziert. Sie bilden die konkrete Grundlage für die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft. Wesentliche Bausteine einer Modernisierung der Krankenhausvergütung sind:

- Die **Investitionskostenfinanzierung** wird weiterentwickelt und auf das **erforderliche Niveau angehoben**. Ein wesentliches Element einer zukunftsfähigen Krankenhausinfrastruktur ist die auskömmliche Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer und den Bund. Die Bundesländer verantworten dabei die Investitionskostenfinanzierung. Der Bund unterstützt die Länder bei den Strukturveränderungen finanziell. Die zusätzliche Finanzierung von Vorhaltekosten zu Lasten der GKV jenseits von Sicherstellungszuschlägen in ländlichen Regionen wird abgelehnt.
- In diesem Zusammenhang ist es auch erforderlich, das **DRG-Vergütungssystem** so **weiterzuentwickeln**, dass eine sachgerechte und leistungsorientierte Finanzierung der Krankenhäuser gewährleistet wird.
- Dazu sind die **Kalkulationsgrundlagen und das Kalkulationsverfahren** und die Regeln für die Fallzusammenführung zu überprüfen und anzupassen.
- Die **Pflege** wird den **ärztlichen Leistungen** durch eine **systematische Leistungserfassung methodisch gleichgestellt**, sodass perspektivisch die Kalkulation und damit auch die sachgerechte Vergütung innerhalb der DRGs möglich wird. Die konsequente Erfassung der Leistungen ermöglicht zudem eine Qualitätssicherung der Pflegeleistungen. Dies ist außerdem Basis dafür, dass Pflegekräfte auf wissenschaftlicher Grundlage mehr Kompetenzen im Krankenhausalltag erhalten. Ergänzt um die skizzierten strukturellen Anpassungen der Krankenhauslandschaft kann so sichergestellt werden, dass dem relativen Pflegemangel in den Kliniken effektiv begegnet wird.
- Zusätzlich sollte die **Komplexität des Vergütungssystems reduziert** werden. Soweit möglich, werden Zuschläge entweder in die DRGs oder in den Landesbasisfallwert integriert. Anlass- bzw. leistungsbezogene Zuschläge werden nur beibehalten, wenn sie die Versorgung nachweisbar positiv beeinflussen oder wenn eine Integration in die DRGs beziehungsweise den Landesbasisfallwert aus ökonomischen Gründen nicht möglich ist. Die positiven Auswirkungen der Zuschläge sind jährlich neu nachzuweisen.
- Die **Regelungen zur Fallzusammenführung** sind so **weiterzuentwickeln**, dass sie die ökonomischen Vorteile eines Fallsplittings wirkungsvoll beseitigen.
- **Entgelte für neue Untersuchungen und Behandlungen (NUBs)** für innovative Verfahren sind **grundsätzlich an Strukturanforderungen zu knüpfen**.

4. Reformvorschläge zur Schaffung von Strukturen für eine medizinisch sinnvolle Versorgung und sachgerechte Vergütung der Kliniken

Auf Landesebene werden **differenzierte Versorgungsaufträge an eine bedarfsgerechte Anzahl von Krankenhäusern erteilt**. Die Leistungen der Krankenhäuser werden auf Grundlage dieser Versorgungsaufträge vergütet. Zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit werden bei der Definition der Versorgungsaufträge auch die Strukturen der angrenzenden Bundesländer berücksichtigt.

Koordinationskrankenhäuser übernehmen über die Sektorengrenzen hinweg eine regional koordinierende Funktion. Dabei handelt es sich um Krankenhäuser, die anderen regionalen ambulanten und stationären Einrichtungen aufgrund ihrer umfassenden Expertise bei komplizierten Fällen spezielles Wissen über Diagnostik und Therapie zur Verfügung stellen können.

Krankenhäuser, die für die bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer Region nicht mehr benötigt werden, können **bei Bedarf in Gesundheitszentren umgewandelt** werden. Diese Zentren übernehmen Teile der ambulanten Versorgung. Als Voraussetzung für diesen Umbau der Versorgungslandschaft definiert der G-BA **ambulante Leistungskomplexe mit bestimmten Qualitätsvorgaben**. Auf Basis dieser Leistungskomplexe vergeben die Länder **differenzierte Versorgungsaufträge** an alle Akteure, die an der ambulanten Versorgung beteiligt sind – also die Vertragsärzte und die neu geschaffenen Gesundheitszentren. Dabei werden die Strukturen in den angrenzenden Bundesländern mit einbezogen.

5. Lehren aus der Pandemie

Insgesamt hat auch die Covid-19-Pandemie nachdrücklich gezeigt, dass eine **Zentralisierung von Krankenhausleistungen für die Bewältigung von Krisensituationen vorteilhaft** ist, weil der Erfahrungsgewinn schneller möglich ist und große, spezialisierte Krankenhäuser den Herausforderungen einer Pandemie am besten begegnen können. Entsprechende substanzielle, bundeslandübergreifende Stufenkonzepte und detailliertes Wissen über die Ressourcen des Gesundheitswesens müssen erstellt werden. Für die Finanzierung gelten die folgenden Grundsätze:

- Im **Krisen- oder Pandemiefall sichern die Krankenkassen** gemäß ihrem Auftrag die **Finanzierung der Krankenhaus- und Patientenbehandlung** ab.
- Eine **Leerstandsfinanzierung ist Teil der Daseinsvorsorge** und liegt damit in der **Finanzierungsverantwortung der Bundesländer**. Es ist prospektiv ein berechenbarer Finanzierungsmaßstab zu definieren, der im Krisenfall herangezogen werden kann.

Entscheidend für den Erfolg einer Reform der Krankenhausvergütung sind vor allem zwei Faktoren: Einerseits ist eine leistungsgerechte Finanzierung der Kliniken zu gewährleisten. Dabei ist zwingend das Niveau der Investitionskosten-Finanzierung anzuheben. Auf der anderen Seite muss die Vergütungsreform auf Strukturveränderungen basieren, die durch Zentralisierung und Ambulantisierung zu einer besseren Qualität der Patientenversorgung und zu guten Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern führen.

IMPRESSUM

Herausgeber

AOK-Bundesverband GbR
Geschäftsführender Vorstand:
Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender)
Jens Martin Hoyer (stellvertretender Vorstandsvorsitzender)

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Telefon: (030) 346 46-0
Telefax: (030) 346 46 25 02
Internet: <http://www.aok-bv.de>
E-Mail: AOK-Bundesverband@bv.aok.de

Redaktion und grafische Gestaltung

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Rosenthaler Straße 31 | 10178 Berlin
verlag@kompart.de | www.kompart.de

August 2021



www.aok-bv.de