

DRG-System weiterentwickeln – Krankenhäuser aus einer Hand finanzieren

Stellungnahme zu dem Antrag der FDP „Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie“ (BT-Drs. 19/26191), dem Antrag der Fraktion LINKE „Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite (BT-Drs. 19/26168) und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN „Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung – Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planung reformieren“ (BT-Drs. 19/27830)

14. Mai 2021

Zusammenfassung

Das geltende Abrechnungssystem nach Fallpauschalen (DRG) sollte beibehalten werden, da es sich im Grundsatz bewährt hat und sinnvolle Anreize setzt, die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Krankenhaus effizient einzusetzen. Eine stetige Verbesserung eines so ausdifferenzierten Systems ist gerade mit Blick auf mögliche Entbürokratisierungen zu begrüßen.

Das System der Krankenhausfinanzierung bedarf hingegen einer grundsätzlichen Reform. Nachdem die Länder jedoch seit Jahrzehnten allen Forderungen zum Trotz ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen, sollte endlich auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser umgestellt werden. Dazu müsste den Ländern die Krankenhausplanung entzogen werden und der Sicherstellungsauftrag auf die gesetzlichen Krankenkassen übergehen, welche dann auch die Finanzierung der Investitionen und Großgeräte der Krankenhäuser übernehmen würden. Durch die Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser, d. h. eine einheitliche Vergütung der Betriebs- und Investitionsaufwendungen der Krankenhäuser aus einer Hand, könnten Investitionsmittel statt bislang pauschal künftig leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden, z. B. durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen.

Falls dennoch an einer dualen Finanzierung im Krankensektor festgehalten wird, müssen die Länder ihrer Investitionsverpflichtung vollständig nachkommen. Eine Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung ist dagegen wenig sinnvoll, weil Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung nicht voneinander getrennt werden sollten. Wenn eine Beteiligung des Bundes erfolgen soll, muss der Mittelfluss zumindest an klare Vorgaben gebunden sein und zur Anpassung und Verbesserung der Krankenhausstrukturen beitragen.



Im Einzelnen

DRG-Abrechnungssystem erhalten und verbessern

Das DRG-Abrechnungssystem hat sich grundsätzlich in den letzten Jahren bewährt. Es sorgt für eine sachgemäß differenzierte Finanzierung der Behandlung unterschiedlicher Krankheiten. Eine Abschaffung des DRG-Systems, wie von der Fraktion LINKE gefordert, ist daher abzulehnen. Im Einzelnen kann es bei einem so ausdifferenzierten Abrechnungssystem immer Verbesserungspotenzial und Möglichkeiten der Entbürokratisierung geben. In diesem Sinne muss das System fortwährend geprüft und verbessert werden. Hier ist es sinnvoll, dass – wie von der FDP gefordert – fachkundige Vertreter der stationären Versorgung und der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen gemeinsam an Verbesserungen und Entbürokratisierungen mitwirken, ohne neue Fehlanreize zu setzen.

Die von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgeschlagene Einführung einer neuen Säule der Strukturfinanzierung in der Vergütung neben der Fallpauschalenvergütung zur Finanzierung von Vorhaltekosten z. B. für Krankenhäuser der Grundversorgung im ländlichen Raum kann bei richtiger Ausgestaltung sachgerecht sein. Eine flächendeckende Grundversorgung muss gezielt sichergestellt werden. Für eine sachgerechte Ausgestaltung ist die Festlegung der wirklich bedarfsnotwendigen Strukturen erforderlich. Diese bedarfsnotwendigen Strukturen sollten dann durch Förderinstrumente in Form von gestaffelten Zuschlägen gemessen am Umfang der bedarfsnotwendigen Vorhaltung finanziert werden. Die Wahrnehmung des Versorgungsauftrags und des zweckgebundenen Mitteleinsatzes zur Vorhaltung der festgelegten bedarfsnotwendigen Strukturen durch das Krankenhaus muss verbindlich erfolgen und die Einhaltung kontrolliert werden. Instrumente zur Finanzierung bestehen in Form von Sicherstellungszuschlägen und Pauschalförderungen im Ansatz bereits in der heutigen Krankenhausfinanzierung. Diese Instrumente könnten grundsätzlich entsprechend angepasst werden.

Eine nicht sachgerechte Ausgestaltung hingegen würde dazu führen, dass ineffiziente Strukturen und überflüssige Krankenhäuser/Fachabteilungen weiter aufrechterhalten werden. Zahlreiche Studien belegen in Deutschland bestehende Überkapazitäten in Ballungsgebieten, ein hohes Ambulantisierungspotenzial sowie eine unzureichende Spezialisierung und eine zu geringe Leistungskonzentration. Dieser Befund wurde in der Corona-Krise erneut bestätigt¹. Insgesamt war der Krankenhausbereich nochmals weniger ausgelastet als ohnehin schon. Gerade bei vermeidbaren Behandlungen ist es zu Leistungsrückgängen hinsichtlich Länge und Dauer gekommen. Selbst bei den dringenden Behandlungen waren insgesamt betrachtet geringe Rückgänge zu verzeichnen. Insbesondere bei den ambulant-sensitiven Indikationen ist ein über das Jahr 2020 bleibender Einbruch zu beobachten gewesen. Die Rückgänge waren besonders in kleinen Häusern (unter 300 Betten) ausgeprägt. Auch die intensivmedizinische Behandlung ging in diesen Krankenhäusern zurück.

Dies zeigt, dass Potenziale zur Verbesserung bestehen. Überkapazitäten führen nicht nur zu unnötigen Behandlungen und verursachen damit vermeidbare Kosten, sondern führen auch zu Problemen aufgrund von begrenzt verfügbarer Geräte-, Ärzte- und Pflegeressourcen. Eine stärkere Konzentration im Krankenhausbereich könnte zudem erheblich zu einer Erhöhung der Qualität beitragen. Insbesondere wenn fachärztliche Eingriffe nur selten vorgenommen werden, kann die Qualität darunter leiden. Auch im Sinne der Patientensicherheit muss sichergestellt sein, dass Leistungen nur noch von den Krankenhäusern erbracht werden, die auch über die notwendige Routine, Ausstattung und personelle Ressourcen verfügen. Erreicht werden kann

¹ RWI Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise – Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020. 30. April 2021.



dies durch eine Stärkung und den Ausbau bereits etablierter Instrumente der Qualitätssicherung, wie die Festlegung von Mindestmengen und Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Um in einem spezialisierten Krankenhaus eine qualitativ hochwertige Behandlung zu erhalten, ist es oftmals sinnvoll, einen etwas längeren Anfahrtsweg in Kauf zu nehmen.

Bundesländer müssen Investitionsverpflichtungen nachkommen

Sofern an einer dualen Finanzierung des stationären Bereichs weiter festgehalten wird, müssen die Bundesländer, wie auch von der FDP gefordert, ihren Verpflichtungen nachkommen, die Investitionen im stationären Bereich zu finanzieren und den bestehenden Investitionsstau abzubauen.

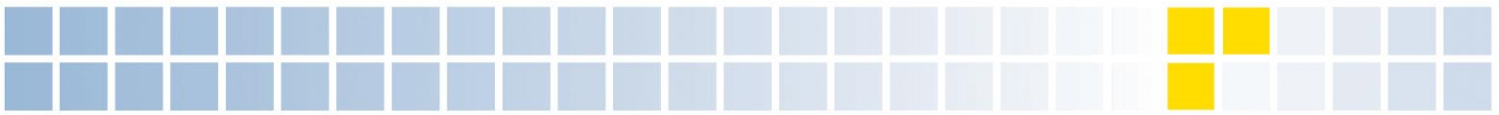
Die von den Fraktionen LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN geforderte Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung brächte das duale System der Krankenhausfinanzierung in eine ordnungspolitische Schiefelage, da die Investitionsfinanzierung dann teilweise beim Bund läge, während das Krankenhausplanungsrecht bei den Ländern verbleiben würde. Der Anreiz für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung durch die Länder wäre dadurch gemindert.

Soweit die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Bund über gemeinsame Grundsätze in die Krankenhausplanung einbinden möchte, wäre dies zwar konsequent, allerdings wären Konflikte zwischen Bund und Ländern vorprogrammiert, die die Planung weiter erschweren könnten. Bereits der heute aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanzierte Krankenhausstrukturfonds weist diesen Konstruktionsfehler auf: Den Ländern wird hier die zentrale Rolle der Mittelverteilung zugestanden mit der Folge, dass die Mittel nicht immer entsprechend ihrem Zweck, nämlich der Strukturbereinigung, verwendet werden und auch nicht über Ländergrenzen hinweg priorisiert wird. Auf Bundesebene festgelegte und untergesetzlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisierte bundesweite Strukturvorgaben für die Mittelverteilung könnten hier möglicherweise eine Lösung sein.

Monistische statt duale Krankenhausfinanzierung

Die bislang angestrebte duale Krankenhausfinanzierung, bei der die Länder für die Investitionskosten und die Krankenkassen für die Betriebskosten der Krankenhäuser aufkommen, funktioniert in der Praxis nicht. Nachdem die Länder über Jahrzehnte ihren Investitionsverpflichtungen trotz Aufforderungen von allen Seiten nicht nachgekommen sind und sich im Rahmen der Krankenhausplanung schwertun, Überkapazitäten im Krankenhausbereich abzubauen, ist eine echte Reform notwendig. Dazu müsste die Kompetenz der Länder für die Krankenhausplanung entfallen und der Sicherstellungsauftrag auf die gesetzlichen Krankenkassen übergehen, welche dann auch die Finanzierung der Investitionen und Großgeräte der Krankenhäuser übernehmen würden. Damit der Übergang kostenneutral für Länder und Krankenkassen erfolgt, müsste die bisherige Investitionsfinanzierung durch einen dynamisierten Steuerzuschuss ersetzt werden. Dieser Zuschuss muss von Bund und Ländern – nicht vom Beitragszahler – in einen zentralen Fonds bzw. den Gesundheitsfonds gezahlt werden.

Durch die Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser, d. h. eine einheitliche Vergütung der Betriebs- und Investitionsaufwendungen der Krankenhäuser aus einer Hand, können Investitionsmittel statt bislang pauschal künftig leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden, z. B. durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen



Fallpauschalen. Dadurch würde der Leistungswettbewerb zwischen den Krankenhäusern gefördert.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 20 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.