



Betriebskostenfinanzierung der KH
Alternativen zum G-DRG-Fallpauschalensystem
Gewinne im neuen Gewand oder Kostendeckung?

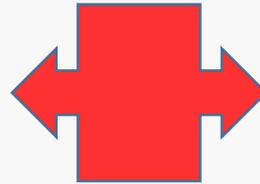
Dr. Peter Hoffmann

vdää

Betriebskostenfinanzierung für KH

Neoliberale Konzepte

- planungsrelevante Qualitätsindikatoren
- Qualitätszuschläge / – abschläge
- Qualitätsverträge (Selektivverträge)
- Capitation



gemeinwohlorientierte Konzepte *Kostendeckung*

- Kritik der historischen Selbstkostendeckung
- Kostendeckung als Prinzip neu denken
- konkrete Lösungsansätze

Neoliberale Konzepte

KHSG 2016: *Radikalisierung von Markt- und Preismechanismen* **„Qualität“**

1. planungsrelevante Qualitätsindikatoren

- Planungsbehörden der Bundesländer sollen bei der Krankenhausplanung die Qualität der medizinischen Versorgung einer Klinik berücksichtigen
- bislang nur gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie.
- Daten werden einem aufwändigen Datenvalidierungsverfahren unterzogen
- Fachkommissionen werden beratend hinzugezogen

2. Qualitätszuschläge bzw. – abschläge Pay for Performance, P4P

- 2016 wurde der GBA beauftragt, ein rechtssicheres Konzept zu entwickeln
- 2021 wird im GVWG wird dieser Auftrag wegen „Umsetzungshindernissen“ wieder gestrichen
- Erstellung / lfd. Aktualisierung extrem aufwändig
- GBA: nicht rechtssicher umsetzbar
- Gefahr der Risikoselektion

KHSG: Krankenhausstrukturgesetz 2016

<https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>

GVWG: Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz 2021

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/20-12-16_GVWG_Kabinett.pdf, S.104

Neoliberale Konzepte

3. Qualitätsverträge (1)

- sog. Qualitätsverträge sind Selektivverträge von Krankenkassen und Krankenhäusern
 - Folge > Aufhebung der Festpreise bei Fallpauschalen
- Leistungsbereiche zur Erprobung von Qualitätsverträgen bisher
 - Endoprothetische Gelenkversorgung
 - Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
 - Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
 - Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
- Bundesministerium für Gesundheit BMG - Begründung des aktuellen GVWG
 - „...nur sehr wenige Qualitätsverträge geschlossen worden“
 - „...reicht für eine tragfähige Erprobung von Qualitätsverträgen nicht aus“
 - „Änderungen sollen insbesondere den Abschluss von Qualitätsverträgen stärken“



Qualitätsverträge = Selektivverträge (2)

- aktueller Entwurf des GesundheitsVersorgungsWeiterentwicklungsgesetzes (GVWG):
- Krankenkassen sollen 30 ct pro Versicherter ausgeben müssen (ca. 21 Mio € / Jahr) laut Gesetzentwurf für das GVWG
- Krankenhäuser (DKG) ablehnend:
 - hohe bürokratische Hürden für Abschluss und Evaluation von Qualitätsverträgen
 - befürchten hohen Aufwand, der sich nicht lohnt
- Krankenkassen (GKV-SV) eher ablehnend:
 - Zusatzkosten für Leistungen, die mit Fallpauschalen ohnehin abgegolten sind?
 - Krankenhäuser ablehnend und einfalllos

Capitation

Finanzierung

Prinzip: finanzielle Steuerung

- Vergütungssystem mit Vorauszahlung einer verhandelten Komplettpauschale
- an regionale Leistungserbringer
- die das finanzielle Risiko komplett übernehmen
- für Prävention und Behandlung
- ambulant und stationär

Managed Care

Organisation

- Anbieterzusammenschluss in einer regionalen Organisation
- managementgeführt und kapitalisiert
- integriert die komplette Versorgungskette
 - ambulant: Ärzt*innen / -netzwerke
 - stationär
 - Reha
 - Pflege ambulant und stationär

Capitation

Finanzierung

Prinzip: finanzielle Steuerung

- Marktordnung durch selektives Kontrahieren
- für Leistungserbringer:
Pay for Performance-Elemente
 - Verhaltensbeeinflussung der Leistungserbringer durch Prämien
- für Patient*innen:
 - Prämien für Nicht-Inanspruchnahme
 - Eigenbeteiligung oder
 - optional zukaufbare Extraleistungen

Managed Care

Organisation

- Kapitalgeber
 - Banken / Versicherungen
 - Krankenkassen
- Primärarzt*in als „Gatekeeper“, Casemanagement
- Mischformen und Teillösungen
 - strukturell oder als Salami taktik bei Einführung
 - Einschreibemodelle
 - nur indikationsbezogen
 - nur sektorenbezogen etc.

wer propagiert Capitation?

Fokus auf Prävention

Das deutsche Gesundheitssystem konzentriert sich zu sehr auf die Behandlung von Krankheiten. Monetäre Ressourcen werden überwiegend in Reparaturmedizin investiert.

Um ein nachhaltiges System zu schaffen, müssen wir Gesundheit selbst als eine Ressource betrachten, die einen Mehrwert für die Bevölkerung darstellt. Dies erfordert **erhöhte finanzielle Anstrengungen in Prävention und Gesundheitsförderung** und eine angemessene Ausbalancierung mit dem finanziellen Aufwand für Krankheitsbehandlung. Für die Entwicklung innovativer (Präventions-)Technologien und digitaler Lösungen ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Privatsektor angezeigt.



Neue Vergütungsansätze

Aufgrund des gegenwärtigen Systems in Form von Fallpauschalen, Tagespflegesätzen und Einzelleistungsvergütung kommt es zu Fehl-, Über- und Unterversorgung.

Bei der Umsetzung einer ergebnisorientierten Vergütung im Sinne des **Value Based Healthcare** Ansatzes stehen der Patientennutzen und die Ergebnisqualität im Fokus.

Durch die Einführung eines **morbiditätsorientierten, sektorenübergreifenden Regionalbudgets** verpflichten sich die Leistungserbringer, die Bürgerinnen und Bürger innerhalb einer Region für ein festes Jahresbudget zu versorgen. Sie erhalten eine pauschale Vergütung pro Kopf unabhängig von den auftretenden Krankheitsfällen. Die Höhe des Budgets wird von der Anzahl der potenziell zu behandelnden Menschen sowie der Alters- und Krankheitsstruktur innerhalb einer Region bestimmt.



Neustrukturierung der Krankenhausversorgung

Spezialisierte Krankenhäuser mit höheren Volumina erreichen in der Regel eine höhere Behandlungsqualität. Diese Strukturen sollten ausgebaut werden. In Deutschland herrscht derzeit eine hohe Krankenhausdichte mit vielen kleinen Krankenhäusern. Durch die Weiterentwicklung von kleinen Häusern zu breit aufgestellten **kommunalen Gesundheitszentren**, die als Intermediäre zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fungieren können, kann die wohnortnahe Versorgung verbessert werden. Um bei Notfallindikationen eine schnelle und angemessene Behandlung sicherstellen zu können, bedarf es einer guten Organisation der Krankentransporte und gegebenenfalls eines verstärkten Einsatzes von Flugnotrettung.



Neuausrichtung der Krankenversicherung

Das deutsche Krankenversicherungssystem setzt sich aus den beiden Säulen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zusammen. In Politik und Wissenschaft herrscht eine breite Übereinstimmung, dass das gegenwärtige duale System der Krankenversicherung und dessen Finanzierung reformbedürftig sind. Als einen möglichen Lösungsansatz sehen die Expertinnen und Experten langfristig den Einbezug aller Bürgerinnen und Bürger in ein **einheitliches solidarisches Versicherungsmodell**, in dem Wettbewerb und Selbstorganisation weiterhin Bestand haben. Bezüglich der Implementierung und der konkreten Ausgestaltung des Versicherungsmodells unterscheiden sich die Lösungsansätze der Expertinnen und Experten noch.

- Stiftung Münch
 - „Capitation statt DRG“
- Sachverständigenrat 2009
 - „Entwicklung eines koordinierten populationsbezogenen Versorgungsmodells...“
- Krankenhausreport 2020
 - „Potenziale prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets am Beispiel spanischer und amerikanischer Erfahrungen“
- ...



Anknüpfungspunkte

Welche realen Probleme werden von Capitation adressiert?

- Vermeidung unnötiger Behandlungen
- DRG-Fallpauschalensystem: Wegfall der Anreize zur Mengensteigerung
- Verbesserung der Prävention, weil sich das finanziell lohnen könnte (mittel- und langfristig sinken dann aber die Pauschalen)
- Verbesserung der Qualität durch ganzheitliche Verantwortung
- Aufhebung Trennung ambulant/stationär - bessere Zusammenarbeit
- ein Ansprechpartner für Patienten und damit bessere Versorgung (insbesondere in Bezug auf chron. Erkrankungen)
- Überwindung Kleinunternehmertum bei Niedergelassenen
- tendenziell wird die 2. Facharztschiene (niedergelassene FÄ) überflüssig



Kritik der finanziellen Steuerung mit Capitation

- Jede finanzielle Steuerung / Ökonomisierung setzt Fehlanreize:
 - es geht immer primär um Geld und erst sekundär um das Patient*innenwohl (Fehlsteuerung)
 - C. beinhaltet keinen ökonomischen Anreiz für gute Qualität (wie auch im DRG-System)
 - die Fehlanreize sind in kommerziell profitorientierten Strukturen stärker als in gemeinnützigen
 - im Außenverhältnis Konkurrenz anstatt Kooperation
 - in der Binnenstruktur: Hierarchie, Kostenkontrolle, Bürokratie, Benchmarking, finanzielle Verhaltensanreize
 - Entscheidungsebene ist kommerzielle Managementstruktur anstatt gesundheitlicher Expertise
 - Daseinsvorsorge wird politisch kommerziellen Strukturen übertragen anstatt gemeinwohlorientiert verantwortet
- C. begünstigt Unterversorgung statt Fehl- und Überversorgung
- C. erhöht Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung
- C. begünstigt Ungleichheiten in der Versorgung („Zweiklassenmedizin“, freie Arztwahl etc.)



Capitation:

Sollen wir finanzielle Steuerung immer ablehnen?
ODER kommt es auf die Zielsetzung an?

- sind marktwirtschaftliche Strukturen „effizienter“?
- falls C. die Effizienz steigert - für wen?
 - das Wohl der Patient*innen?
 - die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten?
 - die Kapitalinvestoren?
- welchen Unterschied machen verschiedene Zielsetzungen: graduell oder grundsätzlich?
 - kommerziell profitorientierte Organisationen im Eigentum von Kapitalinvestoren oder
 - kommerziell profitorientierte Organisation MIT vereinbarter Begrenzung der Rendite
 - gemeinwirtschaftlichen Strukturen
- was haben wir gelernt?
 - in 15 Jahren DRG-System
 - in der Ökonomisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in D
- wie würde eine „demokratischere“ Alternative aussehen?

profitorientierte Organisationen im Eigentum von Kapitalinvestoren: zum Beispiel > Helios <

- **EBIT-Anstieg bei Helios Deutschland im Jahr 2020**
- Im Geschäftsjahr 2020 stieg der EBIT von Helios Deutschland um 4 Prozent auf 602 Millionen Euro (Geschäftsjahr 2019: 577 Millionen Euro).
Die EBIT-Marge betrug 9,5 Prozent (Geschäftsjahr 2019: 9,7 Prozent).

Berlin/Düsseldorf, 11.05.2021

„Entwicklung beim Helios Konzern gefährdet Patientenversorgung

**Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK)
fordert schnelles Eingreifen des Gesetzgebers:**

Der übermäßige Abbau ärztlicher Stellen bei Helios ist unverantwortlich. Er gefährdet nicht nur die Versorgung der Patienten, sondern er schränkt sie ein und macht daraus ein Geschäftsmodell. Unsere Mitglieder bestätigen diese Zustände in vollem Umfang.

Diesem mittlerweile maßlosen Gewinnstreben um jeden Preis ist nur durch die Festlegung von gesetzlichen Untergrenzen – auch - für das ärztliche Personal beizukommen.

Das System „Helios“ ist an einem Punkt angekommen, an dem die selbstregulierenden Kräfte des Krankenhausmarktes nicht mehr greifen.“



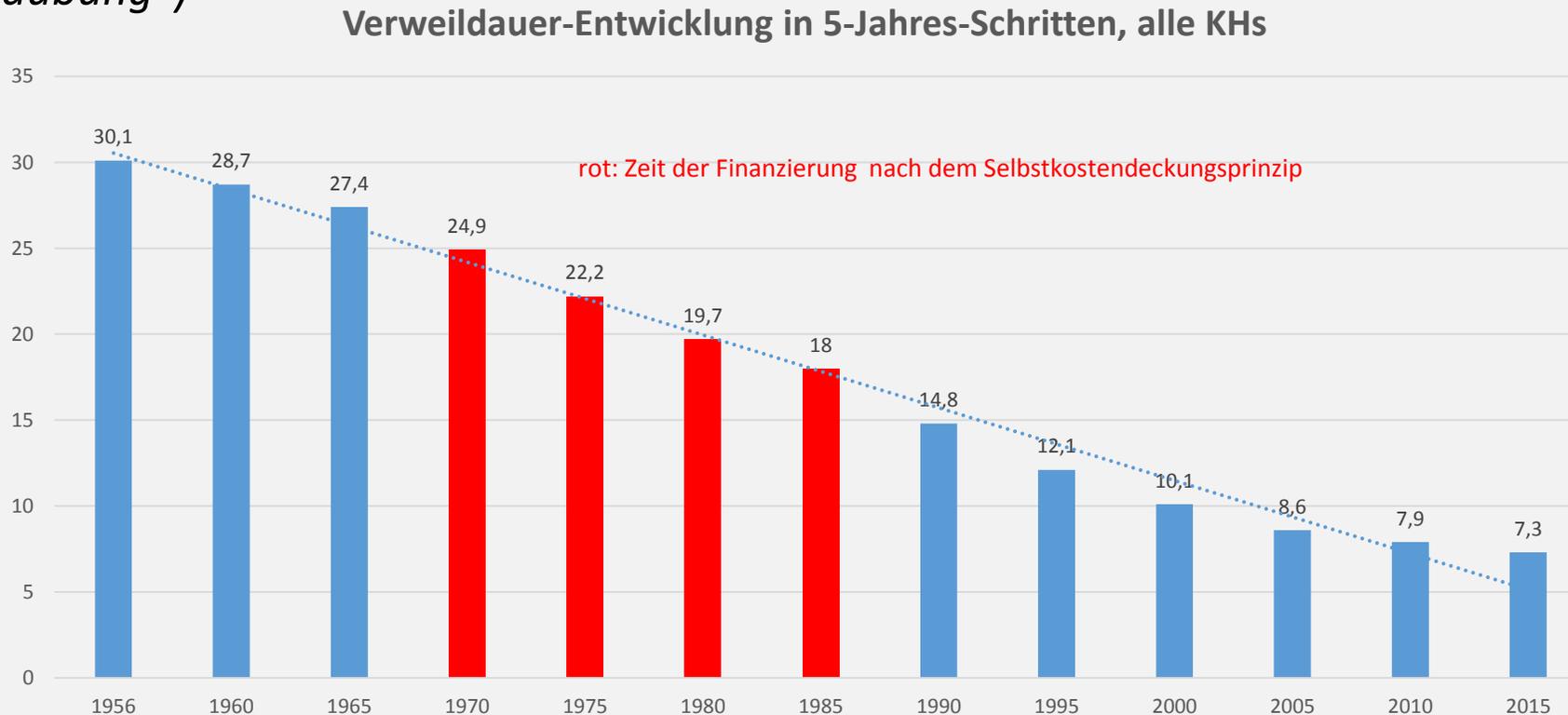
Die Alternative: Kostendeckung

Betriebskostenfinanzierung nach dem Gemeinwohlprinzip

- Prinzip:
 - Planung und Steuerung der Versorgungsstruktur für das Patient*innenwohl
 - Trennung von Behandlungsentscheidungen und Geldflüssen
 - wirtschaftliches Handeln als Mittel zum Zweck
- Problem:
 - in der politischen Diskussion ist die „Selbstkostendeckung“ verbrannt
 - SPD und Grüne
 - denken in „marktwirtschaftlichen“ Kategorien
 - können sich nichts anderes als finanzielle Steuerung mehr vorstellen
- unsere strategische Zielsetzung:
 - Kostendeckung enttabuisieren – aber wie?
 - Diskussionsbereitschaft über Alternativen erreichen?
 - modellhafte Lösungsansätze entwickeln

Warum die gängigsten Argumente gegen Selbstkostendeckung Mythen sind...

- Mythos: Unter dem Selbstkostendeckungsprinzip gab es Anreize zur Ausweitung der Verweildauer („Selbstbedienungsladen“).
- Mythos: DRGs mussten eingeführt werden, um das Festhalten der Patienten im Krankenhaus zu beenden („Freiheitsberaubung“)



➤ Die Realität: Reduzierung der Verweildauer zwischen 1970-1985 um fast 30%

Warum **Selbstkostendeckung** historisch verbrannt ist:

jenseits der Mythen: reale Probleme der damaligen Selbstkostendeckung (1)

- kein Anreiz zur “Ambulantisierung“ (unnötigerweise) stationärer Behandlungen
- KH-Planung und Steuerung: Bettenbezug statt Leistungsbezug
 - lange Liegedauer > mehr belegte Betten / höhere Auslastung
 - mehr pauschale und projektgebundene Investitionsmittel
 - Personalbemessung in der Pflege nach belegten Betten
 - Entlastung der Pflege durch besseren Stellenschlüssel und weniger Wechsel
- Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen
 - Großteil der Behandlungskosten im KH in den ersten Tagen
„der Patient musste liegenbleiben bis er sich rentiert hat“
- Machtstellung der Chefärzte
 - Machtkampf der Chefärzte: lange Liegedauer > mehr belegte Betten in „meiner“ Fachabteilung
 - Privatliquidation: „der Träger zahlt die Kosten, der Chefarzt kassiert“

Warum Selbstkostendeckung historisch verbrannt ist:

jenseits der Mythen: reale Probleme der damaligen Selbstkostendeckung (2)

- fehlender ökonomischer Anreiz zur Steigerung der Effizienz - „die Kassen mussten eh alles zahlen“
- schwacher Anreiz zur Synchronisierung und Optimierung von Abläufen und Prozessen
 - KH ist zwar insgesamt Einrichtung, die dem Gemeinwohl bzw. dem Patient*innenwohl dient, aber ...
 - trotzdem folgen viele Akteure im KH primär ihren egoistischen Partialinteressen
- Ohnmacht der Kassen bei Pflegesatzverhandlungen („das waren keine Budgetverhandlungen“)
 - Planungsgrundlagen für das Budget des nächsten Jahres: Status quo und dessen Fortschreibung
 - Personalbemessung: KAV
 - Personalkostensteigerungen
 - krankenhauplanerische Eingriffe des Ministeriums wie neue / erweiterte Fachabteilungen oder Funktionen
- „Die Forderungen der KH waren für die Kassen nicht transparent und nicht nachvollziehbar“
 - die Kassen wollten DRGs als Instrument zur Kontrolle



Wie können wir Kostendeckung ent-tabuisieren?

- Geldverschwendung durch Profitwirtschaft und ökonomische Interessen von Experten skandalisieren
 - Ineffizienz von Versorgungsstrukturen für das Patient*innenwohl durch ökonomische Fehlanreize
 - Verschwendung von Versichertengeldern durch entnommene Gewinne
- Proportionen der KH-Finanzierungssäulen geraderücken
 - öffentliche KH-Planung reaktivieren > Investitionsmittel verdoppeln und gezielt lenken
 - Leistungen statt Betten als Planungsgrundlage > definiert notwendige Vorhaltekosten
 - gesetzliche Personalbemessung > definiert das Personalbudget
 - bleiben nur fallzahlabhängig variable Sachkosten zu ermitteln (DRGs als Tool zur Budgetermittlung?)
- Einflussnahme der Kassen sicherstellen
 - Personalbemessung mitverhandeln
 - Offenlegung einer transparenten (IT) Dokumentation von Sachkosten – Benchmarking
- Fehlanreize und Schwächen ernst nehmen (Effizienzproblem ...)
 - unabhängige, gemeinwohlorientierte, machtvolle (?) Instanz zu einer „ökonomischen Qualitätssicherung“ / Benchmarking bilden
 - Sonderwirtschaftszonen“ zur Erprobung von Modellen ermöglichen