



Betriebskostenfinanzierung der KH
kritische Revision der historischen
Selbstkostendeckung und ...

„Wie könnte eine moderne Kostendeckung 2.0 gehen?“

Betriebskostenfinanzierung für KH

Neoliberale Konzepte *finanzielle Steuerung*

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



gemeinwohlorientierte Konzepte *Kostendeckung*

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

neuer Konsens?: Vorhaltekosten auf Basis von Strukturvorgaben

Problem der Sektorentrennung ambulant-stationär bleibt hier außen vor -
wird hier als unabhängig von der Systematik der Betriebskostenfinanzierung angesehen

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

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

- 2016 wurde der GBA beauftragt, ein rechtssicheres Konzept zu entwickeln
- **im GVWG 2021 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: Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz 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. Qualitätsorientierte Vergütung

- **Qualitätsverträge sind Selektivverträge** von Krankenkassen und Krankenhäusern
- **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
- **BMG macht Druck** - Begründung des aktuellen GVWG:
 - „...nur sehr wenige Qualitätsverträge geschlossen“ (Mitte 2021 38 Verträge)
 - „...reicht für eine tragfähige Erprobung von Qualitätsverträgen nicht aus“
 - „Änderungen sollen insbesondere den Abschluss von Qualitätsverträgen stärken“

Qualitätsverträge = Selektivverträge

- **Qualitätsverträge sind Selektivverträge** von Krankenkassen und Krankenhäusern
- Krankenkassen sollen 30 ct pro Kopf ausgeben müssen (ca. 21 Mio € / Jahr)
- **Krankenhäuser (DKG) ablehnend:**
 - hohe bürokratische Hürden für Qualitätsverträge (Evaluation durch IQTIG zwingend)
 - befürchten hohen Aufwand, der sich nicht lohnt
- **Krankenkassen (GKV-SV) eher ablehnend:**
 - Zusatzkosten für Leistungen, die mit Fallpauschalen ohnehin abgegolten sind?
 - Krankenhäuser ablehnend und einfallslos
- **KsF kritisch:** > Aufhebung der Festpreise bei Fallpauschalen

teilweise Abkehr vom Prinzip finanzieller Steuerung

Vorhaltekosten als neue Finanzierungssäule - Konsens?

- **Elemente von Vorhaltefinanzierung:**

- Bevölkerungsbezug
- Erreichbarkeit
- Strukturvorgaben nach Versorgungsstufen
- Bezug zu Fachabteilungen / Leistungsgruppen
- definierter Versorgungsauftrag
- eigener Finanzierungsweg
- Umverteilung von DRG-Erlösen oder zusätzliche Mittel? Wer zahlt?

Capitation

Finanzierung

Prinzip: finanzielle Steuerung

Managed Care

Organisation

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

Auf Prävention

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

Um ein nachhaltiges System zu schaffen, müssen wir Gesundheit als eine Ressource betrachten, die einen Mehrwert für die Bevölkerung darstellt. Dies erfordert **erhöhte finanzielle Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung** und eine bessere Ausbalancierung mit dem finanziellen Aufwand für die Krankheitsbehandlung. Für die Entwicklung innovativer (e-)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.



Strukturierung der Krankenhausversorgung

Größere Krankenhäuser mit höheren Volumina erreichen in der Regel eine höhere Behandlungsqualität. Diese Strukturen sollten gefördert 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, ist eine gute Organisation der Krankentransporte und der Notfallversorgung, falls eines verstärkten Einsatzes von Flugrettung, erforderlich.



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?

- Verbesserung der Prävention, weil sich das finanziell lohnen könnte
- Überwindung der Sektorengrenzen
- Überwindung des Kleinunternehmertums der Niedergelassenen
- tendenziell wird die 2. Facharztschiene (niedergelassene FÄ) überflüssig
- Vermeidung unnötiger Behandlungen und Wegfall der Anreize zur Mengensteigerung im DRG-System
- Verbesserung der Qualität durch ganzheitliche Verantwortung
- ein Ansprechpartner für Patienten und damit bessere Versorgung (insbesondere in Bezug auf chron. Erkrankungen)
- Entlastung der politischen Verantwortungsträger*innen

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.)

Kritik der finanziellen Steuerung mit Capitation

- Eine Politik organisierter Verantwortungslosigkeit überträgt Daseinsvorsorge kommerziellen Strukturen
- Jede finanzielle Steuerung / Ökonomisierung setzt Fehlanreize:
 - Entscheidungsebene: kommerzielle Managementstruktur anstatt gesundheitlicher Expertise
 - 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)
- C. begünstigt Unterversorgung statt Fehl- und Überversorgung des DRG-Systems
- C. begünstigt Ungleichheiten in der Versorgung
 - Zweiklassenmedizin anstatt gezieltes Adressieren sozialer Determinanten
 - freie Wahl der Ärzt*in
 - Barrierefreiheit, 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.“

Kostendeckung 2.0



KH-Betriebskosten-Finanzierung nach dem Gemeinwohlprinzip

- **Prinzip:**
 - Planung und Steuerung der Versorgungsstruktur sollen auf das Patient*innenwohl zielen (Sachsteuerung)
 - Trennung von Behandlungsentscheidungen und Geldflüssen
 - „wirtschaftliches Handeln“ - keine Geldverschwendung
- **Problem:**
 - in der politischen Diskussion ist das Prinzip „Selbstkostendeckung“ verbrannt („Selbstbedienungsladen“, „Freibiermentalität“)
 - SPD, Grüne und FDP
 - bewegen sich im gedanklichen Raum von Ökonomisierung und Marktwirtschaft
 - d.h. sie können sich etwas Anderes als finanzielle Steuerung meist gar nicht mehr vorstellen auch in der Daseinsvorsorge
- **Lösungsstrategie:**
 - Diskussionsbereitschaft über alternative Planung und Steuerung von Daseinsvorsorge erzielen
 - die historischen Erfahrungen mit dem Selbstkostendeckungsprinzip(selbst-) kritisch betrachten
 - modellhafte Lösungsansätze entwickeln

Reale Probleme der damaligen Selbstkostendeckung Fehlanreize zur Verlängerung der Verweildauer

• **Probleme der Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen**

- Großteil der Behandlungskosten fällt in den ersten Tagen an
„der Patient musste liegenbleiben bis er sich rentiert hat“
alternativ steigt bei VWD-Verkürzung der tagesgleiche Pflegesatz entsprechend
- Rehabilitationssektor war noch in Kinderschuhen > Reha im KH verlängerte die Aufenthaltsdauer

• **Macht und Geld: systemische Fehlanreize für die damaligen Chefärzte**

- selbst in einem gemeinnützigen KH verfolgen viele Akteure egoistische Partialinteressen
- Fehlanreiz des damaligen Privatliquidationsrechts der Chefärzte: Einzelleistungs-Abrechnung
- Fehlanreiz zur Verlängerung der Liegedauer: mehr Belegung \Rightarrow mehr Geld und Macht

• **Bettenbezug statt Leistungsbezug in KH-Planung und -Steuerung**

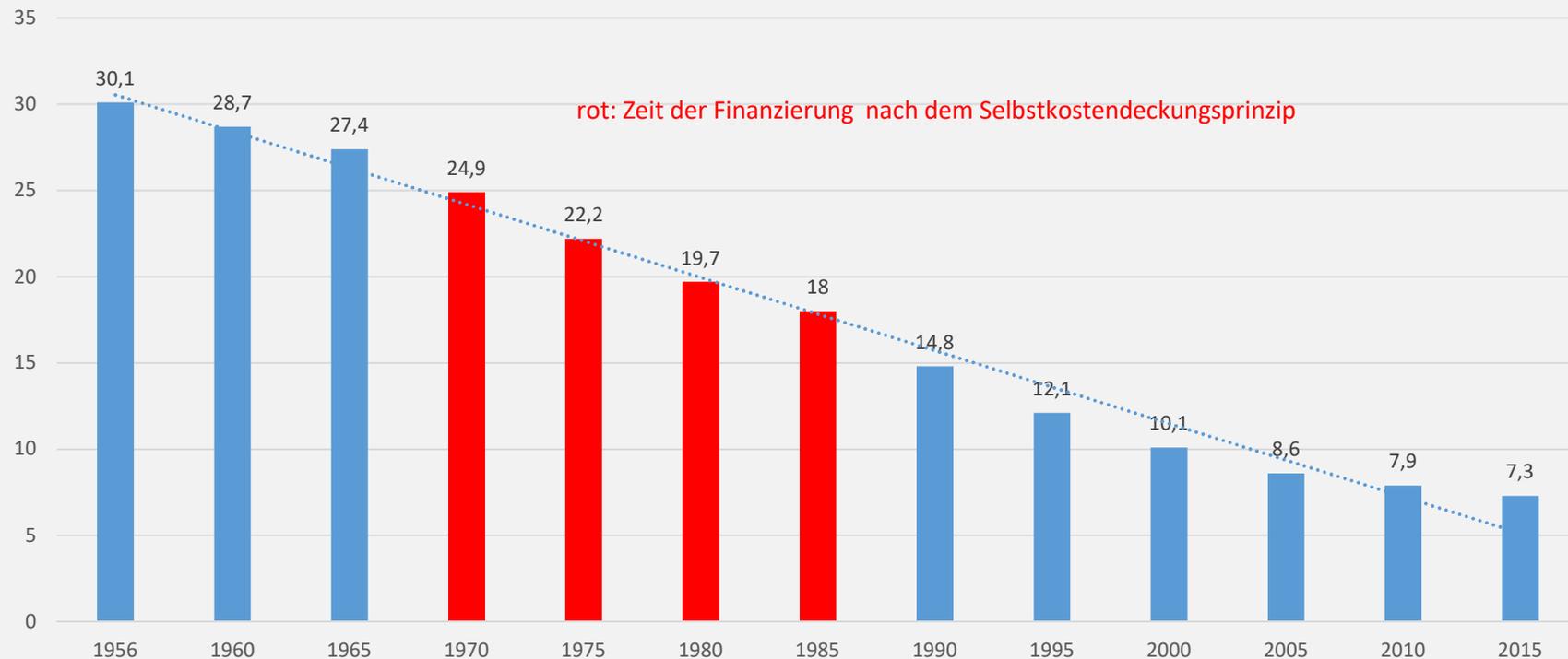
- Fehlanreiz zur Verlängerung der Liegedauer: mehr Belegung \Rightarrow mehr pauschale Investitionsmittel
- Entlastung der Pflege durch längere Liegedauern und weniger Wechsel (außer bei Fachkräftemangel)

Trotzdem sind die gängigsten Argumente gegen Selbstkostendeckung Mythen

Mythos: Unter dem Selbstkostendeckungsprinzip konnten die Verweildauern nicht verkürzt werden
„Selbstbedienungsladen“

Mythos: DRGs mussten eingeführt werden, um das Festhalten der Patienten im Krankenhaus zu beenden
„Freiheitsberaubung“

Verweildauer-Entwicklung in 5-Jahres-Schritten, alle KHs



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

vermeintliche Probleme der Selbstkostendeckung



Mythos: Selbstkostendeckungsprinzip = „Selbstbedienungsladen!“

These 1: Landesplanerische Vorgaben waren entscheidend → **der Spielraum der GKV bei KH-Budgetverhandlungen war klein**

- Planungsgrundlage für das Budget des nächsten Jahres: Fortschreibung des Status quo
- krankenhauserplanerische Vorgaben des Ministeriums: (neue) Funktionsbereiche incl. Einzelförderung von Investitionen, Abteilungsgrößen ...
- Personalbemessung: umfangreiche „Anhaltzahlen“ der DKG und des KAV (kommunaler Arbeitgeberverband)
„Personalbemessungsregeln wirkten befreiend – man konnte sie den Kassen entgegenhalten“
- Personalkostensteigerungen waren durch Tarifverträge definiert (vor dem Outsourcing)

These 2: Die Kontrollmöglichkeiten der GKV waren groß

- Zitat: *„Das waren keine Budgetverhandlungen - die Kassen mussten eh alles zahlen“* **stimmt das?**
- historischer Fact: Erosion der GKV-Finzen (= angebliche „Kostenexplosion“) > Kostendämpfungsgesetze / Budgetdeckelung (Seehofer / Dressler Kompromiss von Lahnstein 1992)
- ab 1975 > Pflegesatzverhandlungen auf Basis detaillierter Kostenvergleiche und Gutachten, z.B. durch Landesprüfungsanstalten (bsp. kommunaler Prüfungsverband in Bayern)
- Krankenkassen erhöhten ihre fachliche Expertise für die Verhandlungen durch Spezialisierung der GKV in den Verhandlungen (überregionale Verhandlungsteams der Kassen)
- systematische Verkürzung der durchschnittlichen Liegedauern durch MDK-Kontrollen
- Stellenbemessungskontrolle durch „Refa-Fachleute“
- bsp. Genehmigungsvorbehalt für auswärtige CT-Untersuchungen

Fazit: Die Einflussmöglichkeiten der GKV waren wohl angemessen

Argumente für Selbstkostendeckung als Prinzip

- Kommerzialisierung der Daseinsvorsorge ist gesellschaftlich ein Skandal:
 - „Zielkonflikt“ Patient*innenwohl ↔ Profitinteresse
 - Zielkonflikt ⇒ hoher Aufwand für Kontrolle und Dokumentation
 - entnommene Gewinne aus GKV-Versichertengeldern sind Verschwendung
- systematische Bedarfsermittlung ⇒ kostendeckende KH-Budget-Bemessung
- Sparpolitik ⇒ sachgerechte Prioritäten sind möglich,
müssen aber politisch verantwortet werden
- Effizienzprobleme lassen sich durch Transparenz adressieren („lernendes System“)
- komplexe Interventionen (Maßnahmenbündel) lassen sich evtl. leichter verwirklichen

Kostendeckung 2.0 für Krankenhäuser - konkret



• KH-Finanzierungssäulen

- öffentliche KH-Planung



Investitionsmittel

- Leistungen und Betten als Planungsgrundlage
Fachpersonal)



Vorhaltekosten (Räume, Großgeräte,

(incl. Sicherstellungszuschläge)

- gesetzliche Personalbemessung für Fachpersonal
- fallzahlabhängige Sachkosten



Personalbudget

budgetierte Sachkostenpauschalen

• Einfluss einer gemeinwohlorientierten (!) Gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen

- Transparenz: Offenlegung der Kostenstrukturen
- Medizinischen Dienst in eine gemeinwohlorientierte Institution für Qualitätssicherung und Effizienz verwandeln
- regionale „Sonderwirtschaftszonen“ Erprobung innovativer, gemeinwohlorientierter Modelle einrichten