

## »Kostendeckung 2.0« statt DRG-System

### Krankenhausfinanzierung nach Gemeinwohl – statt nach Marktprinzip

17 Jahre Finanzierung durch DRG-Fallpauschalen haben gezeigt, welchen Einfluss die finanziellen Rahmenbedingungen entwickeln auf die Art und Weise, wie Menschen im Krankenhaus behandelt werden. In diesem Zeitraum sind die Bedürfnisse und das Wohl der Patient\*innen immer mehr aus dem Blick geraten. Die Institution Krankenhaus ist zu einer Fabrik mutiert, in der Gesundheit warenförmig produziert werden soll. Kranke wie auch zuweisende Ärzt\*innen werden als Kunden behandelt, die man konkurrierenden Kliniken abjagen muss, um Defizite zu vermeiden und Gewinne zu erzielen. Der Druck im System ist auch deswegen zu hoch, weil ein Teil der Erlöse aus Fallpauschalen für Investitionen zweckentfremdet werden muss. Die Investitionsmittel der öffentlichen Hand für Krankenhäuser betragen nach wie vor nur rund die Hälfte des Notwendigen. In der Corona-Pandemie wurde der Unsinn der Fallpauschalenfinanzierung endgültig offenbar: Die Krankenhäuser wären finanziell kollabiert, wenn die Regierung nicht eilig ein System von Ausgleichsfinanzierungen zusammengeschustert hätte. Als Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« haben wir die Fallpauschalenfinanzierung in unserer Broschüre »Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen« ausführlich dargestellt.

Auch Politiker\*innen und Akteure im Gesundheitswesen kritisieren zunehmend die skandalösen Auswirkungen dieses Systems und fordern seine Reform oder auch eine komplette Umsteuerung. Neoliberaler Heilsversprechen haben ihren Glanz verloren. Es wächst das Bewusstsein, dass Daseinsvorsorge in öffentliche Verantwortung gehört. Krankenhäuser sind Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Ihre Planung, Steuerung und Finanzierung muss dem Gemeinwohl verpflichtet sein - nicht den Gewinnerwartungen von Kapitalinvestoren.

Weil die Art der Finanzierung so bedeutsam ist wollen wir uns in diesem Text mit der Frage beschäftigen: Wie sollen unsere Krankenhäuser in Zukunft finanziert werden, um das Wohl der Patient\*innen ins Zentrum zu stellen, eine hohe Qualität der Behandlung zu sichern, gute Arbeitsbedingungen zu ermöglichen und ökonomische Fehlsteuerungen auszuschließen?

Die Finanzierungssystematik darf dabei nicht losgelöst betrachtet werden von dem Erfordernis einer konsequenten Krankenhausplanung und einer auskömmlichen Investitions-

kostenfinanzierung. Nur auf der Grundlage einer solchen Planung kann entschieden werden, ob ein Krankenhaus an seinem Standort für die flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung notwendig ist und welchen Versorgungsauftrag und -umfang es erfüllen soll. Die Aufgaben und Ziele der Krankenhausplanung sind ausführlich in unserer Broschüre »Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen« (Kapitel I.5) beschrieben.

Um die Frage nach einer besseren Krankenhausfinanzierung zu beantworten, kann zunächst ein Blick in die Vergangenheit hilfreich sein.

Seit Jahrzehnten ist das deutsche Gesundheitswesen in den ambulanten und stationären Sektor aufgeteilt; beide sind sehr unterschiedlich strukturiert und finanziert. Anders als im ambulanten Bereich wurden Krankenhäuser über mehrere Jahrzehnte fast ausschließlich in staatlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft betrieben, weil die Gesellschaft das Krankenhauswesen lange als Daseinsvorsorge im Sinne einer staatlichen oder freigemeinnützigen Aufgabe verstand. Diesem Verständnis entsprechend, aber auch, um die chronische Unterfinanzierung des Krankenhauswesens in der BRD der Nachkriegszeit zu korrigieren, wurde ab 1972 die Finanzierung mit dem KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) auf zwei Säulen aufgebaut: Krankenhausplanung und Finanzierung von Investitionen sollten Aufgabe des Staates sein, die Finanzierung der laufenden Betriebskosten Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen, ebenfalls non-profit Institutionen öffentlichen Rechts. Das Erzielen von Gewinnen war Krankenhäusern faktisch verboten. Das Gewinnverbot bestand ohne Ausnahmen in der Zeit von 1972 bis 1984.

Die laufenden Betriebskosten der Kliniken wurden nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert: Jedes Jahr mussten während der Pflegesatzverhandlungen alle Kosten gegenüber den Kostenträgern offengelegt werden. Bezahlt wurden nur die Ausgaben einer wirtschaftlich sparsamen Betriebsführung. Die Kostenträger hatten ausdrücklich das Recht, die betriebswirtschaftlichen Zahlen zu prüfen oder eine solche Prüfung in Auftrag zu geben. Als Grundlage solcher Prüfungen wurden von staatlichen Stellen z.B. detaillierte Personalanhaltszahlen

herausgegeben und regelmäßig aktualisiert. Die vereinbarten Tagespflegesätze waren aber nur eine unterjährige Abrechnungsform, um die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern. Nach Ablauf des Kalenderjahres wurde spitz abgerechnet und überprüft, ob die Ausgaben einer sparsamen Wirtschaftsweise entsprachen. Konnten sich Krankenhaus und Krankenkassen nicht einigen, war zur endgültigen Einigung im Gesetz eine Schiedsstelle vorgeschrieben. Entschied die Schiedsstelle gegen das Krankenhaus musste der Krankenhausträger – in der Regel die Kommune, der Landkreis oder eine kirchliche Organisation – den entstandenen Defizitbetrag des Krankenhauses ausgleichen. Umgekehrt, mussten die Kassen die fehlenden Beträge nachzahlen, wenn sie in der Schiedsstelle unterlagen.

Wegen unterschiedlicher Kostenstrukturen und Aktivitäten der Krankenhäuser ergaben sich zwangsläufig unterschiedliche Behandlungskosten und entsprechend unterschiedliche Pflegesätze. Wenig überraschend setzten die Kassen oftmals Kliniken mit höheren tagesgleichen Pflegesätzen unter Druck, ihre Kosten zu senken. Andere Kliniken kämen ja schließlich auch mit weniger Geld aus. Auf der politischen Bühne behaupteten die Kassen, diese Differenzierung beweise, dass dem Selbstkostendeckungsprinzip Transparenz und »Leistungsgerechtigkeit« fehlten.

Mit der Kostendämpfungspolitik der 1980er und 1990er Jahre wurde dieses System politisch immer stärker angegriffen: Es handle sich hier um einen »Selbstbedienungsladen«, selbst ineffiziente Kliniken bekämen alles bezahlt, die Kosten für den Krankenhaussektor, die ja von den Mitgliedsbeiträgen der GKV aufgebracht werden müssen, seien aufgrund dieses Selbstkostendeckungsprinzips explodiert. Diese Behauptung einer »Kostenexplosion« war nachweislich unwahr (siehe Broschüre in Kapitel I.4). Wirkliche Ursache der finanziellen Probleme der Krankenkassen waren die wegen Arbeitslosigkeit und sinkendem Lohnniveau wegbrechenden Einnahmen der Krankenkassen. Angesichts prozentual steigender Krankenkassenbeiträge knüpfte diese Polemik aber geschickt am Alltagsbewusstsein an und verfehlte ihre Wirkung nicht. Sie delegitierte das Selbstkostendeckungsprinzip in Politik und Öffentlichkeit.

Im Hintergrund stand eine neoliberale Agenda, die sozialstaatliche Strukturen radikal delegitimieren und auflösen sollte und in Öffentlichkeit und Politik eine Effizienzsteigerung öffentlicher Dienstleistungen mittels Privatisierung und Ökonomisierung propagierte. Man wollte diese Bereiche für den Markt öffnen und mit privaten Gewinnabführungen astronomische Geldsummen aus den Solidarsystemen abzweigen. Vielleicht ist eine zweite Zielsetzung langfristig noch bedeutender: mit der Privatisierung von Solidarsystemen sollten gesellschaftliche und politische Kontrolle als Grundbedingung für gemeinwohlorientierte Planung und Steuerung zerschlagen werden. So konnte die unsichtbare Hand des Marktes mit vermeintlichen ökonomischen Sachzwängen ihre Wirkung entfalten.

Der Ruf nach Änderung der Krankenhausfinanzierung wurde von politisch interessierter Seite immer lauter. 1985 wurde mit dem Krankenhausneuordnungsgesetz den Krankenhäusern explizit erlaubt Gewinne zu machen: »Überschüsse, die

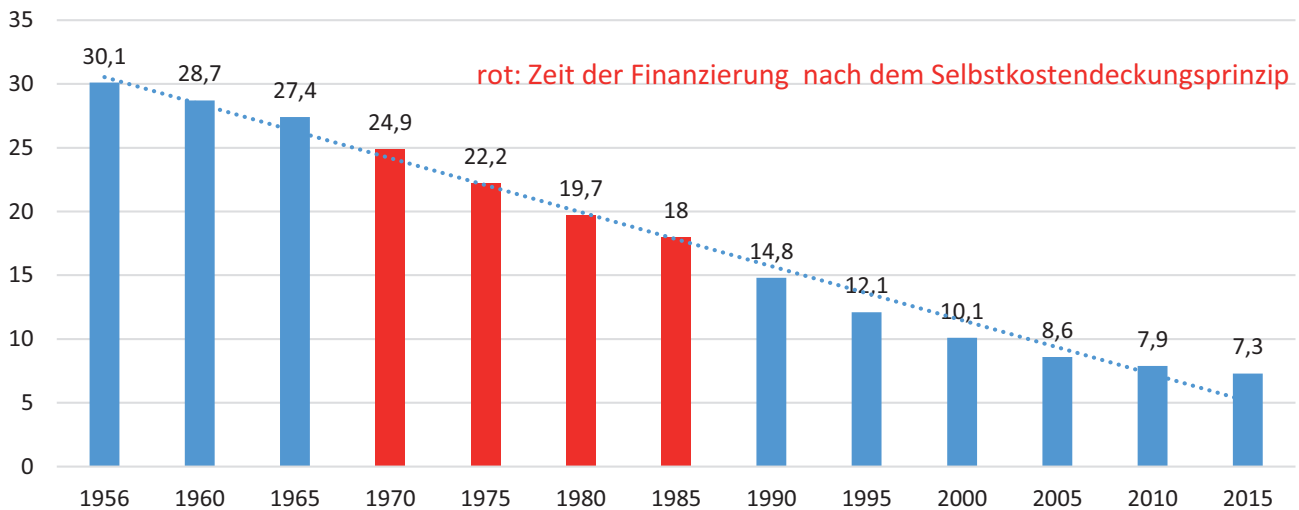
bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; vom Krankenhaus zu vertretende Verluste sind von ihm zu tragen.« Die Kehrseite war also, dass mit demselben Gesetz auch Verluste möglich wurden. Die Selbstkostendeckung wurde Stück für Stück aufgeweicht z.B. durch die Einführung von sog. Sonderentgelten für bestimmte Behandlungsverfahren oder der ersten Fallpauschalen.

**Nach den Erfahrungen mit dem Fallpauschalensystem in den letzten 17 Jahren und eingehender Diskussion sind wir als Bündnis Krankenhaus statt Fabrik überzeugt: eine bedarfsgerecht kostendeckende Finanzierung hat grundlegende Vorzüge gegenüber dem DRG-System:**

- Kostendeckung löst keine ökonomischen Anreize aus, bestimmte Behandlungsmethoden häufiger, andere seltener anzuwenden, weil diese sich finanziell unterschiedlich auszahlen. Medizinische, therapeutische und pflegerische Entscheidungen wirken sich nicht unmittelbar auf die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse der Krankenhäuser aus, und werden daher nicht von entsprechenden ökonomischen Interessen überlagert.
- Der betriebswirtschaftliche Anreiz zur Verkürzung von Verweildauern, unabhängig vom Versorgungsbedarf des einzelnen Patienten, verliert an ökonomischer Bedeutung. Patient\*innen können stattdessen solange im Krankenhaus verbleiben, bis ihre angemessene Weiterversorgung nach medizinischen, psychologischen und sozialen Gesichtspunkten gesichert ist.
- Oft wird behauptet, die Ablösung des Systems der Selbstkostendeckung durch Fallpauschalen sei unumgänglich gewesen, um die überlangen Liegedauern und »Freiheitsberaubung« der Patient\*innen zu beenden. Die folgende Abbildung widerlegt diesen Mythos. Die Verweildauern wurden schon vor dem Fallpauschalensystem kontinuierlich verkürzt. Außerdem: Anders als oftmals behauptet ermöglichen die tagesgleichen Pflegesätze den Krankenhäusern nicht, ihre Einnahmen durch Verlängerung der Liegedauern der Patient\*innen zu steigern, da sie ja lediglich Abschlagszahlungen waren und nach Ablauf des Jahres spitz abgerechnet wurde.
- Die Tatsache, dass die Liegedauern beständig verkürzt wurden, ist dennoch bemerkenswert, da es andere Anreize gegeben hat, Verweildauern zu verlängern: Die meisten Behandlungskosten fallen in den ersten Tagen einer KH-Behandlung an. Niedrige Verweildauern erhöhten also den tagesgleichen Pflegesatz, was für Pflegesatzverhandlungen sicher ein Problem war.

Die sog. Liquidation für die Behandlung von Privatpatient\*innen durch Chefärzte folgte einer Einzelleistungssystematik. Also waren überlange Liegedauern und Überversorgung von Wahlleistungspatient\*innen mit Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen bereits damals lukrativ für Chefärzte (meist männlich) und Krankenhäuser. Zudem konkurrierten die Chefärzte\*innen der medizinischen Fachabteilungen um Personalstellen und um

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



Bedeutung und Einfluss in den krankenhausinternen Entscheidungsprozessen. Eine hohe Bettenbelegung war für Krankenhäuser zudem wünschenswert, um gegenüber den Landesregierungen als Planungsbehörde ihre Bettenzahlen zu begründen und um höhere pauschale Investitionsfördermittel zu erhalten, die sich nach den Bettenzahlen berechneten. Bemerkenswert: Trotz dieser Fehlanreize gelang es, die durchschnittlichen Liegedauern kontinuierlich zu verkürzen, was vermutlich auch am medizinischen Fortschritt lag. Ökonomische Anreize waren im System der Selbstkostendeckung offensichtlich nicht so übermächtig wie im DRG-System.

- Unter den Rahmenbedingungen einer kostendeckenden Finanzierung ist es nicht sinnvoll, Personalstellen immer weiter zu kürzen und die verbliebenen Mitarbeiter\*innen auszugliedern und unter Tarif zu bezahlen. Diese Kosten sind für eine bedarfsgerechte Versorgung essentiell, gut begründbar und müssen daher kostendeckend finanziert werden.
- Krankenhäuser der verschiedenen Versorgungsstufen (Grundversorgung, Regelversorgung, Maximalversorgung) müssen im System der Kostendeckung nicht nach lukrativen medizinischen »Geschäftsfeldern« suchen, um betriebswirtschaftlich zu überleben. Keine Klinik muss schließen, weil sie pleite ist. Die Kliniken können sich auf die Aufgaben konzentrieren, für die sie im Landeskrankenhausplan vorgesehen sind, weil ihre Kosten verlässlich refinanziert werden. Die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, wie wichtig Kooperation statt Konkurrenz zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen ist.
- Mit der Umstellung auf ein System »Kostendeckung 2.0« würden alle erforderlichen Vorhaltekosten verlässlich finanziert. Wenn ein Krankenhaus im Rahmen der Krankenhausplanung klar definierte Aufgaben beim Auftreten von Großschadensereignissen wie Massenansturm von Verletzten bei Havarien, Naturkatastrophen oder Epidemien zugeteilt bekommt, sind dafür Ressourcen vorzuhalten, die im Rahmen der Daseinsvorsorge gesellschaftlich refinanziert werden müssen. In der DRG-Finanzierung sind solche Kosten

systemfremd und führen folgerichtig zum Abbau solcher erforderlichen Ressourcen, was uns die Corona-Pandemie schmerzlich hat erfahren lassen.

### Was aber nicht verschwiegen werden darf:

Eine Krankenhausfinanzierung nach dem Prinzip der kostendeckenden Finanzierung stellt Anforderungen an Staat und Gesellschaft: Sie muss sinnvollerweise auf eine integrierte Planung der Versorgungsstrukturen der Regionen aufbauen. Fragen nach Ausbau, Umbau oder Abbau von Kapazitäten und Strukturen müssen kontinuierlich bearbeitet werden. Die öffentliche Hand sollte daher privates Kapital unbedingt zurückweisen, weil Kapitalinvestitionen auf Profite statt auf Gemeinwohl zielen. Aus gesellschaftlicher Verantwortung müssen die erforderlichen Investitionsmittel in ausreichender Höhe und dauerhaft vom Staat aufgebracht und durch Steuereinnahmen generiert werden.

### Ist die Finanzierung von Krankenhausbetriebskosten nach dem Prinzip »Kostendeckung 2.0« bürokratisch und kompliziert?

Machen wir uns nichts vor: Genau das werden die Verteidiger des DRG-Systems behaupten. Man wird uns vorwerfen, wir wollten wieder einen Selbstbedienungsladen einführen – den es allerdings nie gegeben hat (siehe oben). Man wird einwenden, nur mit dem DRG-System sei eine objektive und faire Preisbildung zu gewährleisten. Man wird weiterhin ausblenden, dass dieses System eben nicht dafür sorgt, dass Geld fair dorthin fließt, wo es für den realen Versorgungsbedarf der Patient\*innen benötigt wird.

Dagegen halten wir: Der Finanzbedarf eines Krankenhauses lässt sich in einem systematischen Prozess Schritt für Schritt kalkulieren.

### Welche Säulen sollten die Krankenhausfinanzierung künftig tragen:

- Die beiden Grundpfeiler der dualen Krankenhausfinanzierung sollten bestehen bleiben, d.h. die GKV finanziert die laufenden Betriebsausgaben, die öffentliche Hand finanziert Investitions- und Instandhaltungskosten. Diese Struktur

macht aber nur Sinn, wenn die öffentliche Hand die Investitionsmittel endlich wesentlich erhöht.

- Eine Privatisierung von Kliniken, um die Geldknappheit der öffentlichen Haushalte auszugleichen, ist wegen unausweichlicher Zielkonflikte keine Option. Das Gesundheitssystem und seine Krankenhäuser müssen Versorgung sicherstellen, nicht Profite. Der bedrohliche Abbau z.B. von pädiatrischen und geburtshilflichen Versorgungsstrukturen, zeitgleich mit der zunehmenden Privatisierung von Krankenhäusern, zeigt die fatalen Konsequenzen solcher Zielkonflikte.
- Landeskrankenhausplanungen sollen ein Versorgungsnetz knüpfen, aus dem sich ein konkreter Versorgungsauftrag für das einzelne Krankenhaus ableitet. Der Versorgungsauftrag definiert die erforderlichen staatlichen Investitionsmittel sowie das notwendige Budget für laufende Vorhaltekosten, das von den Krankenkassen zu finanzieren ist. Dabei sind auch höhere Aufwände kostendeckend abzubilden, z.B. für bedarfsnotwendige kleinere Kliniken auf dem Land.
- Die Finanzierung der Investitionen wird aufgeteilt in eine Grundförderung pro genehmigtem aufgestellten Bett und einer projektbezogenen Finanzierung bei konkreten Anschaffungen oder Baumaßnahmen. Diese Projektmittel werden auf Antrag von der Landesregierung nur dann vergeben, wenn die entsprechende Investition des jeweiligen Krankenhauses erforderlich ist, um seine Aufgaben im Landeskrankenhausplan zu erfüllen.
- Aus dem Versorgungsauftrag für das Krankenhaus lässt sich der Personalbedarf anhand der geplanten ambulanten und stationären Leistungsmengen und Bettenzahlen und über eine allgemeinverbindliche Personalbemessung für das Krankenhauspersonal der verschiedenen Berufsgruppen für den Normalbetrieb näherungsweise kalkulieren. Auf der Grundlage von Tarifverträgen ergibt sich daraus der weit überwiegende Anteil des Krankenhausbudgets.
- Für alle Berufsgruppen im Krankenhaus sind auf Bundesebene Personalbemessungsinstrumente zu entwickeln, die eine bedarfsgerechte Versorgung und gute Arbeitsbedingungen ermöglichen. Diese Personalbemessungsinstrumente sollen einen Vorhaltepuffer für die jeweilige Berufsgruppe enthalten, sodass auch in Ausnahmesituationen (Massenunfälle, Naturkatastrophen, Havarien großtechnischer Einrichtungen in der Region, Epidemien etc.) die medizinische Notfallversorgung sichergestellt werden kann.
- Aus Versorgungsauftrag und geplanten und verhandelten ambulanten und stationären Leistungsmengen lassen sich Werte für fallzahlabhängige Sachkosten näherungsweise kalkulieren, die kostendeckend, jedoch ohne Gewinne oder Verluste abgegolten werden sollen.
- Betriebswirtschaftliches Ziel eines Krankenhauses ist, die Versorgungsziele vollständig bei effizienter und sparsamer Wirtschaftsführung zu erreichen. Besondere Entwicklungen und begründete Abweichungen müssen zusätzlich berücksichtigt und ausgeglichen werden.
- Das Restrisiko von Regelverstößen mit Schadensfolge bzw.

schlechter Wirtschaftsführung liegt beim Krankenhausträger.

- Alle Kosten sind den jeweiligen Kostenträgern bei den jährlichen Budgetverhandlungen offenzulegen. Die Kostenträger sind berechtigt, die wirtschaftliche Betriebsführung des Krankenhauses zu prüfen und bekommen hierfür Zugang zu allen Einrichtungen und Daten des Krankenhauses.
- Jedes Jahr finden Budgetverhandlungen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern statt. Alle begründeten Ausgaben des Krankenhauses, unter Berücksichtigung der Prinzipien einer sparsamen Betriebsführung, sind von den Kostenträgern nach Vorlage des Jahresabschlusses zu erstatten. Tarifgemäße Bezahlung aller Berufsgruppen ist ausdrücklich Bestandteil einer bedarfs- und auftragsgerechten Betriebsführung. Unterdeckungen/Überzahlungen aus dem letzten Jahr sind über das Budget des nächsten Jahres auszugleichen.
- Wird bei den Budgetverhandlungen keine Einigkeit erzielt, muss eine Schiedsstelle gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz angerufen werden. Der Spruch der Schiedsstelle ist bindend. Haben die Kassen nach der Entscheidung der Schiedsstelle zu viel gezahlt, muss dieser Fehlbetrag vom Krankenhausträger ausgeglichen werden, entsprechendes gilt im umgekehrten Fall.
- Unterjährig werden Abschläge auf die zu erwartenden Ausgaben auf der Grundlage des verhandelten Jahresbudgets gezahlt. Diese Abschläge werden pro belegtem Bett als tagegleiche Pflegesätze mit den Krankenkassen abgerechnet.
- Unter den gegenwärtigen Verhältnissen stehen auch die Krankenkassen untereinander in wirtschaftlicher Konkurrenz. Grundsätzlich hält das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« eine Wettbewerbsordnung von Krankenkassen für unsinnig und zweckwidrig. Auch Krankenkassen sind Einrichtungen der Daseinsvorsorge, ihr wirtschaftliches Handeln hat also dem Gemeinwohl zu dienen und ist nur Mittel zum Zweck der Gesundheitsversorgung.
- Solange die Wettbewerbsordnung im Krankenkassenbereich jedoch Bestand hat, müssen den einzelnen Kassen die stationären Behandlungskosten ihrer Versicherten möglichst exakt, aber bei vertretbarem Verwaltungsaufwand, zugeordnet werden. Dazu sollten verschiedene Optionen mit wissenschaftlicher Unterstützung entwickelt und gegeneinander abgewogen werden. Möglich wäre eine Differenzierung der Pflegesätze, z.B. nach Allgemeinstationen bzw. Intensivstationen und nach medizinischen Fachabteilungen. Alternativ könnte auch beispielsweise ein Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen nach dem Vorbild der Pflegekassen vorgenommen werden (nach dem Vorbild der §§ 65-68 des SGB XI).

Das Konzept »Kostendeckung 2.0« ist geeignet, in der Krankenhausfinanzierung den überfälligen Paradigmenwechsel auf den Weg zu bringen - weg von Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung, hin zu gesellschaftlicher Daseinsvorsorge, Gemeinwohl und Patient\*innenwohl.