

## Kapitel II.1

# Wie funktioniert Daseinsvorsorge? Grundzüge einer alternativen Finanzierung und Planung

Die Krankenhäuser sind ein wichtiger Bestandteil der (kommunalen/regionalen) öffentlichen Daseinsvorsorge. Die Leistung für das Gemeinwesen umfasst deutlich mehr Aufgaben als nur die konkrete Leistung für den und mit dem kranken Menschen. Dazu gehören vor allem:

- die Sicherstellung der jeweiligen räumlichen und sozialen Zugänglichkeit zur Krankenhausversorgung nach Bedarf (bedarforientierte Krankenhausversorgungsstrukturen),
- die Sicherstellung der (praktischen) Ausbildung der pflegerischen und medizinisch-technischen Assistenzberufe sowie die Weiterbildung der Ärzt\*innen,
- die Sicherstellung der Notfallversorgung,
- die Gefahrenabwehr bei Großschadensereignissen sowie den Schutz und die Eindämmung von Pandemien (Infektionswellen), wie wir sie aktuell mit der Covid-19-Pandemie erleben.

### ► Bedarfsorientierte Steuerung

Wenn Solidarsysteme nicht für eine Steuerung durch Markt und Wettbewerb geeignet sind, wie sollen sie dann »richtig« gesteuert werden? Hierfür gibt es zwei wesentliche Ansätze:

1. Die Trennung der Leistungserbringung von der Vergütung der Leistungserbringer (dies ist im Übrigen die konsequente Umsetzung der Forderung »Gesundheit ist keine Ware«).
2. Die Einführung einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsplanung und Versorgung.

## ► Trennung der Vergütung von der erbrachten / zu erbringenden Leistung

Wir haben im Gesundheitswesen Erfahrungen mit zwei Formen der Leistungsvergütung: dem Fallpauschalensystem in den Krankenhäusern und dem Einzelleistungsvergütungssystem, das lange Jahre im niedergelassenen Bereich galt. Beide Vergütungsformen bieten Anreize für erhebliche Fehlsteuerungen.

Bei einer reinen **Einzelleistungsvergütung** handelt derjenige ökonomisch rational, der unabhängig vom Krankheitszustand des betroffenen Patienten oder von der Notwendigkeit einer Leistung möglichst viele Leistungen erbringt oder sie zumindest abrechnet (wobei im Einzelfall durchaus gestritten werden kann, ob es schlimmer ist, die Leistung nur abzurechnen und nicht zu erbringen oder sie tatsächlich auch noch zu erbringen). Einzelleistungsvergütung produziert Über- und Fehlversorgung.

**Fallpauschalen** setzen einen finanziellen Anreiz, Menschen als krank zu definieren, um sie behandeln zu können (ja sogar sie möglichst kränker zu machen als sie sind, weil dann die Vergütung des Falles höher ist). Es gibt hier also einen Anreiz zu Über- und Fehlversorgung. In jedem Einzelfall ist es bei einem reinen Fallpauschalensystem ökonomisch sinnvoll, möglichst wenige Leistungen zu erbringen, um den Gewinn am höchsten zu gestalten (Anreiz zur Unterversorgung). Vor allem ist es aber lukrativ, Patient\*innen, die ein »schlechtes Risiko« darstellen, zu selektieren und um diejenigen zu werben, die »gute Risiken« sind. Schlechte Risiken stellen diejenigen dar, die multimorbide sind oder bei denen auf Grund ihres Sozialstatus Komplikationen wahrscheinlich, die Behandlungsdauer nicht kalkulierbar und die Behandlungserfolge nicht garantiert sind. Denn auch über den Outcome aus dem Gesundheitswesen, also über den Behandlungserfolg, entscheidet der Sozialstatus mit. Gute Risiken sind die »jungen und gesunden« Patient\*innen und die sozial besser Gestellten.

Zwischenzeitlich vermischen sich die Systeme: In den Krankenhäusern hängt die Höhe der Fallpauschale zunehmend an den Prozeduren (OPS), die am jeweiligen Patienten ausgeführt werden. Insofern gewinnen ökonomische Anreize der Einzelleistungsvergütung auch im Krankenhaus immer mehr an Bedeutung.

Im niedergelassenen Bereich kommt es ebenfalls zu einer Vermischung, weil es neben der Einzelleistungsvergütung zwischenzeitlich auch Fallpauschalen, gedeckelte Budgets und Behandlungsobergrenzen gibt, die es ab einem bestimmten Punkt lukrativ machen, Leistungen zu verweigern oder zu verschieben. Wir haben also ei-

nen Mix aus den negativen Folgen der beiden Vergütungssysteme, die von den Akteuren jeweils zu ihrem finanziellen Vorteil ausgenutzt werden.

An der Entwicklung beider Formen der Vergütung erkennt man auch, dass es aufgrund der bestehenden massiven Fehlanreize immer wieder notwendig wird, gesetzlich nachzubessern, um das Schlimmste zu verhindern, dass aber jede Nachbesserung wieder neue Umgehungsstrategien auslöst, die sich zu Lasten der Patient\*innen und der Beschäftigten auswirken. Das alles, weil das Grundsystem (finanzielle Steuerung) nicht geeignet ist.

Man sieht also, dass – bezogen auf eine optimale Gesundheitsversorgung, die sich tatsächlich am Bedarf orientiert – jede Form der Leistungsvergütung Fehlanreize setzt und eine Fehlsteuerung darstellt, die nur verhindert werden kann, wenn eine strikte Trennung der Vergütung der Leistungserbringer von der erbrachten Leistung erfolgt. Das heißt, dass die medizinische Entscheidung keinen unmittelbaren Einfluss auf die Einkommenshöhe des Leistungserbringers oder der Leistungserbringenden Institution haben darf.

Dies kann im stationären Bereich durch eine Refinanzierung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Leistungen erfolgen. Selbstverständlich müsste sowohl die Frage, ob Leistungen notwendig waren, und auch, ob sie wirtschaftlich erbracht wurden, jeweils geprüft werden können und die Finanzierung müsste Gegenstand eines Aushandlungsverfahrens (mit der Möglichkeit des Widerspruchs und der gerichtlichen Nachprüfung) zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sein.

Im ambulanten Bereich wäre eine solche Trennung von Leistungserbringung und Vergütung am einfachsten dadurch zu erreichen, dass niedergelassene Ärzt\*innen entweder fest angestellt sind (und nach TVöD vergütet werden), oder aber – auch ohne Anstellung – ein festes Monatsgehalt von den Kassen erhalten. Auch in diesem Sektor müsste die Bedarfsplanung reformiert und die doppelte Facharztschiene überdacht werden. Dies müsste notwendig im Rahmen einer regionalen Bedarfsermittlung und Bedarfssteuerung unter Einbeziehung von allen gesellschaftlichen Gruppen und Organisationen (siehe unten) als Grundlage einer integrierten Versorgung stattfinden.

Ziele eines alternativen Finanzierungskonzepts für Krankenhäuser müssen sein:

- Alle Aufwendungen für medizinisch sinnvolle und ethisch vertretbare, der Heilung oder gesundheitlichen Besserung der Patient\*innen dienliche Maßnahmen (festgelegt im Konsens mit Fachgesellschaften und Patientenvertretern) müssen vergütet werden.

- Jede(r) Patient\*in hat Anspruch auf die für sie/ihn notwendige Behandlung. Zwischen Privatversicherten und gesetzlich Versicherten dürfen keine Unterschiede gemacht werden.
- Medizinische Entscheidungen dürfen nicht durch betriebswirtschaftliche Erwägungen beeinflusst werden.
- Ressourcen zur Vorhaltung von Behandlungskapazitäten in Notfallsituationen (insbesondere bei einem Massenanfall von Verletzten, Epidemien, Umwelt- oder Naturkatastrophen etc.) müssen den Krankenhäusern finanziert werden – unabhängig von der konkreten Auslastung.
- Krankenhäuser dürfen keine betriebswirtschaftlichen Gewinne erzielen. Überschüsse sind an die Kostenträger zurückzuerstatten. Budget-Defizite sind – eine wirtschaftlich sparsame und überprüfbare Betriebsführung vorausgesetzt – vom Kostenträger zu erstatten.
- Um diese Ziele zu erreichen, muss das Finanzierungssystem nach den folgenden Grundzügen aufgebaut sein:
  - Das individuelle Krankenhausbudget wird jedes Jahr mit den gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen des abgelaufenen Jahres verhandelt. Dabei sind die individuellen Bedingungen der Erbringung der Behandlungsleistungen und ihre Kosten zu prüfen, ggf. können die Kassen Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlassen.
  - Als Prüfinstanz ist ein unabhängiges Institut, das weder den Kassen noch den Krankenhäusern verpflichtet ist, einzurichten. Der existierende Medizinische Dienst der Krankenkassen (MdK) wäre für diese Aufgabe nur unter der Voraussetzung einer grundlegenden Reform seiner Struktur und Finanzierung mit Gewährleistung seiner Unabhängigkeit geeignet.<sup>75</sup>
  - Ein auf den Klassifikationsschlüsseln ICD und OPS basierendes, patientenbezogenes Dokumentationssystem sorgt für die Transparenz des Leistungsgeschehens aller Krankenhäuser. Der Dokumentationsstandard ist bundeseinheitlich zu regeln und den Krankenhäusern verpflichtend vorzugeben.
  - Zumindest für die Personalausstattung aller im Behandlungsverlauf relevanten Berufsgruppen sind den Krankenhäusern bundeseinheitliche, gesetzlich verpflichtende Standards vorzuschreiben und zu finanzieren. Die Standards müssen für die verschiedenen Fachabteilungen wissenschaftlich ermittelt werden

---

75 Betrachtet man das im November 2019 beschlossene MDK-Reformgesetz, so ist es jedenfalls nicht geeignet, diese grundlegende Reform herbeizuführen.

(Kapitel II.2). Im Rahmen der Budgetverhandlungen sind die Personalbesetzungen dieser Berufsgruppen vom Krankenhaus offenzulegen. Werden die Standards unterschritten, müssen Sanktionen (z.B. zeitweise Reduzierung der Patientenzahlen oder der vorgehaltenen Betten) festgelegt werden.

## ► Regional gegliederte, integrierte Bedarfsermittlung und Versorgung

Die jeweiligen Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) legen in einem Aushandlungsprozess gemeinsam mit den Leistungserbringern (Krankenhäuser sowie niedergelassene Ärzt\*innen und andere Gesundheitsprofessionelle), den Krankenkassen (optimalerweise regional gegliederten Einheitskassen), aber auch mit Patienten- und Gewerkschaftsvertreter\*innen fest, welcher Bedarf in dem überschaubaren regionalen Einzugsgebiet besteht. Sie regeln auf Grundlage der Festlegung dieses Bedarfs sowohl die Zulassung von stationären Einrichtungen als auch die ambulante Versorgung: Zahl der ambulant tätigen Ärzt\*innen, z.B. in Ambulatorien oder stadtteilbezogenen Einrichtungen, Primärversorgungszentren (Kapitel II.3) an der Grenze zwischen ambulant und stationär zur Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung.

Auch die erforderlichen Ressourcen zur Vorhaltung von Behandlungskapazitäten in Notfallsituationen (insbesondere bei einem Massenansturm von Verletzten, Epidemien, Umwelt- oder Naturkatastrophen etc.) sind in diese Planung einzubeziehen.

Die Gebietskörperschaften führen die Qualitätskontrolle durch und sorgen – wo notwendig – für eine Verbesserung der Qualität durch geeignete Maßnahmen (z.B. Peer-Review). Sie haben aber auch das Recht, Zulassungen bei dauerhafter Schlechtleistung zu entziehen.

Im Rahmen der Vernetzung wird mit den überregionalen Planungsbehörden (Länder) ein einheitlicher Gesundheitsplan auch für überregionale Schwerpunkte und für Spezialeinrichtungen (z.B. Verbrennungsbetten) erstellt.

Die Planung sollte in Zukunft auf die Integration der Versorgungsbereiche zielen und stärker regionalisiert werden. Dazu sollten Planungsausschüsse auf kommunaler oder regionaler Ebene gebildet werden, in denen die örtlichen gesetzlichen Krankenkassen, die Krankenhausträger, Gewerkschaften, Vertreter der niedergelassenen Ärzt\*innen und Patientenvertreter\*innen ein Mitspracherecht haben. In diesen regionalen Planungsausschüssen gefällte Entscheidungen müssen vom zuständigen Landesministerium genehmigt werden.

Um bundesweit einheitliche Planungsgrundlagen zu etablieren, sind die Funktionskriterien für Krankenhäuser der Grundversorgung, der Zentralversorgung und der Maximalversorgung gesetzlich festzulegen. Auch die Versorgungsdichte (Einrichtungen der Erstversorgung vor Ort, Entfernung zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung, zu Einrichtungen der zentralen Notversorgung mit invasiver Kardiologie, Schlaganfallstationen / Stroke Units, Intensivstationen, etc.) ist verbindlich vorzugeben, um damit den Prozess der stationären Versorgungsplanung unter Berücksichtigung der heutigen medizinischen Standards zu optimieren. In diesem Rahmen ist eine flächendeckende Versorgung auf gleichem Niveau in städtischen und ländlichen Bereichen zu gewährleisten.

Jede neue Zulassung zu einem beantragten Behandlungsverfahren und auch die Fortführung sollte abhängig gemacht werden vom Nachweis der Qualität, mit der diese Behandlung erfolgt.

Im Rahmen der dualen Finanzierung der Krankenhäuser sind auch in Zukunft die Länder gesetzlich verpflichtet, für notwendige Investitionen ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen. Da in dem vorgeschlagenen Finanzierungskonzept erwirtschaftete Überschüsse nicht mehr erlaubt sind, müssen die Länder für künftige Investitionen *alle* notwendigen Mittel bereitstellen, wenn ein Investitionsantrag unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit für die Krankenversorgung vom regionalen Planungsausschuss und dem Landessozialministerium genehmigt worden ist. Dieser Finanzierungsanspruch muss in Zukunft endlich wirksam durchgesetzt werden. Die Bundesländer müssen deshalb für den Investitionsbedarf 10% des jährlichen Gesamtbudgets der Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes in der Haushaltsplanung berücksichtigen.

Ein solcher Ansatz einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsermittlung und Versorgung könnte tatsächlich das Patienteninteresse und den Bedarf aller sozialen Schichten der Bevölkerung ins Zentrum seiner Bemühungen stellen und gleichzeitig die finanziellen Fehlsteuerungen, die notwendigerweise durch Marktmechanismen entstehen, verhindern. Den bedarfsgerechten, wirtschaftlich sparsamen und nicht-diskriminierenden Zugang zur Krankenhausversorgung kann nur eine demokratisch legitimierte an sozialen und gesundheitlichen Zielen orientierte öffentliche Krankenhausbedarfsplanung gewährleisten.