

## Diskussionspapier

# **„Zukunft sichern – Krankenhausfinanzierung reformieren für eine flächendeckende, hochwertige Versorgung!“<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Gegenstand dieses Papiers ist die Vergütung erbrachter Leistungen (z.B. Operationen) nach dem Krankenhausentgeltgesetz (Bundesrecht) über die Krankenkassen. Die Investitionskostenfinanzierung der Länder ist hiervon getrennt und ist nicht Gegenstand dieses Papiers.

## **Der Reformbedarf**

Die Vergütung stationärer Gesundheitsversorgung in Deutschland – das sogenannte DRG-System – bedarf einer grundlegenden Reform. Durch ökonomische Fehlanreize des DRG-Systems, durch in der Vergangenheit getroffene Korrekturmaßnahmen sowie durch die Umsetzung politischer Ziele ist ein hochkomplexes System entstanden, das nicht länger dauerhaft in der Lage sein wird, die akutstationäre Versorgung zu gewährleisten.

Dabei fällt der Befund für Deutschland nicht einheitlich aus, sondern es zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede. Für diese regionalen Spezifika bietet das DRG-System bislang zu wenig Möglichkeiten einer differenzierten Steuerung. Durch die ökonomischen Fehlanreize des DRG-Systems und die nicht ausreichende Abbildung von Vorhaltekosten werden in zahlreichen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung zu viele komplexe Eingriffe vorgenommen, für die eine Behandlung an einem Schwerpunkt- oder Maximalversorger oder einer Fachklinik angezeigt wäre. So werden Ressourcen nicht optimal im Sinne der Patientinnen und Patienten genutzt, sondern folgen allein dem Erlösdruck des Systems. Zudem sind insbesondere die Notfallaufnahmen chronisch überlastet, da immer mehr Menschen immer häufiger die Notfallaufnahme mit Beschwerden aufsuchen, die durch den ambulanten Sektor versorgt werden könnten.

Gleichzeitig fällt es den Krankenhäusern laufend schwerer, ausreichend Fachkräfte zu finden und diese langfristig an sich zu binden. Insbesondere im pflegerischen Bereich fehlen dringend benötigte Fachkräfte, was zunehmend häufiger Bettensperrungen zur Folge hat.

Außerdem waren und sind die Krankenhäuser immer wieder gezwungen, Finanzmittel für notwendige Investitionen aus den DRG-Erlösen abzuzweigen. Im Laufe der Jahre sind die Fördermittel der Länder für Krankenhausinvestitionen immer weiter zurückgegangen. Insgesamt stellten die Bundesländer im Jahr 2017 ca. 2,76 Milliarden Euro für Investitionsförderung (Pauschal- und Einzelförderung) zur Verfügung. Dies entspricht einem realen Wertverlust von mehr als 50 Prozent gegenüber dem Jahr 1991. Und auch hier zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede.

So hat Schleswig-Holstein seit dem Jahr 2017 seine Krankenhausinvestitionen um jährlich 50 Millionen Euro erhöht.

Hinzu kommen 8 Millionen Euro zur Sicherung kritischer Infrastrukturen und nochmals 50 Millionen Euro für Investitionen für Baumaßnahmen zur besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Zieht man fast 20 Jahre nach Einführung des DRG-Systems Bilanz, ist positiv festzuhalten, dass das System zu einer Verbesserung der Transparenz und Wirtschaftlichkeit der allgemeinen Krankenhausversorgung sowie einer leistungsorientierten Vergütung geführt hat. Zudem haben die allgemeinen Krankenhäuser ihre Prozessorganisation verbessert und vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven realisiert.

Außerdem hat sich die Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den Kliniken reduziert. Für die Krankenhauslandschaft insgesamt gilt, dass das DRG-System Fusionen und Kooperationen sowie einen Abbau von Überkapazitäten befördert hat.

In der Rückschau hat sich das DRG-System nur in Teilen bewährt. Das heutige Vergütungssystem wird in seiner jetzigen Form dauerhaft nicht in der Lage sein, eine hochqualitative Versorgung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten und dabei auch einen Beitrag zu guten Arbeitsbedingungen für das Klinikpersonal zu leisten. Vor diesem Hintergrund ist eine Reform des Vergütungssystems dringend erforderlich.

### **Ziele der Reform**

Ziel einer grundlegenden Reform muss ein transparentes, hinreichend flexibles Vergütungssystem sein, das die erreichten Erfolge fortschreibt und gleichzeitig flexibel regionale Differenzierungen je nach den örtlichen Erfordernissen (Stadt, Land etc.) ermöglicht, Innovationen und die engere Verzahnung von stationärem und ambulantem Sektor befördert und gleichermaßen eine hochwertige Versorgung der Bevölkerung in der Fläche sowie die Zentrenbildung und Spezialisierung für Spitzenmedizin sicherstellt. Durch eine solche grundlegende Reform müssen bestehende Fehlanreize abgebaut und neue Anreize geschaffen werden, die insbesondere auch das Personal entlasten. Die Krankenhäuser müssen mehr Planungssicherheit erhalten.

Für ein solch neues Vergütungssystem ist es zentral, dass die Entwicklung des Versorgungsangebotes im stationären Sektor nicht allein durch den Erlös definiert wird, sondern die langfristige Planung zur Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung im Fokus steht. Die Einflussmöglichkeit der Länder durch die Krankenhausplanung muss zur langfristigen Sicherung der stationären Versorgung gestärkt werden.

Eine Reform des Vergütungssystems sollte daher folgende Punkte beinhalten:

- Durch eine erlösunabhängige Vergütungskomponente (Basisfinanzierung) muss die Finanzierung der akutstationären Versorgung der Bevölkerung auf dem Land und in den Städten mit ihren spezifischen Vorhaltekosten (inklusive Personalkosten) sichergestellt werden. Diese Basisfinanzierung ergänzt zukünftig die leistungsbezogene Abrechnung nach den DRGs. Die bisherige Form der Sicherstellungszuschläge hat sich für die Deckung spezifischer Vorhaltekosten als ungeeignet erwiesen. Sicherstellungszuschläge bieten den Krankenhäusern keine hinreichende Planungssicherheit.
- Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse müssen für eine bestmögliche, hochwertige Patientenversorgung in ihrer Vergütung gestärkt werden und mit verbindlichen Vorgaben für die Mindestausstattung sowie Mindestfallzahlen versehen werden.
- Grundlage für eine Planung des Versorgungsauftrages einzelner Krankenhäuser müssen Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsmerkmale sein. Dabei müssen unterschiedliche Versorgungsstufen und –strukturen ebenso berücksichtigt werden wie die Personal- und Geräteausstattung. Alle Formen der qualitätsgesicherten Leistungserbringung sollen so angemessener finanziert werden. Ihnen sollen dabei ihre *spezifischen Vorhaltekosten* pauschal vergütet werden (Basisfinanzierung). Nicht allein die Größe eines Krankenhauses, sondern seine Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung muss für die Höhe der Basisfinanzierung maßgeblich sein.

- Die Planungsbehörden der Länder müssen in ihrer krankenhauserischen Entscheidungskompetenz rechtlich gestärkt werden. Im Bundesrecht ist eine *Länderöffnungsklausel* zu implementieren, die es ermöglicht, regionalspezifische und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen und neue Versorgungsmodelle zu erproben.
- Die zunehmenden Anforderungen an die Krankenhäuser zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung müssen bereits im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Die unterschiedlichen Vergütungssysteme (stationär und ambulant) müssen besser miteinander abgestimmt werden, langfristig bedarf es eines sektorenunabhängigen Vergütungssystems. Es darf nicht allein der Erlös darüber entscheiden, ob eine Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.
- Ein reformiertes Vergütungssystem muss Innovationen zum Wohle der Patientinnen und Patienten, zur Steigerung des medizinischen Fortschrittes, zur Entlastung des Personals sowie der weiteren Digitalisierung im stationären Sektor befördern.