

Krankenhaus-Report 2017

„Zukunft gestalten“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 3–12



1	Krankenhausversorgung nach dem KHSG – noch weitere Herausforderungen?	3
	<i>Boris Augurzky</i>	
1.1	Einleitung.....	3
1.2	Problemfelder vor dem KHSG	4
1.3	Das Krankenhausstrukturgesetz 2016.....	8
1.4	Offene Baustellen nach der Wahl 2017	10

1 Krankenhausversorgung nach dem KHSBG – noch weitere Herausforderungen?

Boris Augurzky

Abstract

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland weist zahlreiche Probleme auf. Das Krankenhausstrukturgesetz zeigt für einige davon Lösungswege auf, insbesondere die Stärkung der Nachfrageseite durch bessere Qualitätstransparenz sowie Optimierung der Krankenhausstrukturen. Gleichwohl bleiben einige Baustellen offen: (a) die Neuausrichtung der Investitionsfinanzierung, (b) eine generelle Deregulierung und (c) eine Überarbeitung des DRG-Vergütungssystems. „Herkömmliche“ Betriebsoptimierungen werden nicht ausreichen, um der gewaltigen Anforderung an Effizienzsteigerung in den 2020er Jahre gerecht zu werden und die Rationierung von Leistungen zu vermeiden. Dazu sind systemverändernde Innovationen nötig, die nur mit unternehmerischem Mut und Experimentierfreude gefunden werden können. Eine überbordende Regulierung verhindert dies zum Teil. Das DRG-Vergütungssystem muss dabei die noch zu definierende Daseinsvorsorge gewährleisten und Anreize setzen, das Notwendige an der richtigen Stelle zu erbringen und Qualität zu belohnen.

There are various problems in health care in Germany. The Hospital Structure Act (Krankenhausstrukturgesetz) provides solutions for some of them, in particular by strengthening the demand side through better quality transparency as well as optimised hospital structures. But some construction sites still remain: (a) the reorientation of investment financing; (b) a general deregulation; and (c) a revision of the DRG system. “Conventional” operational optimisations will not suffice to meet the enormous demand for efficiency gains in the 2020s and to avoid rationing of services. For these issues, system-changing innovations are necessary which can only be found with entrepreneurial courage and willingness to experiment. However, this is prevented partly by excessive regulation. The DRG remuneration system must ensure the provision of public services still to be defined and contain incentives to provide the necessary services in the right place and to reward quality.

1.1 Einleitung

Zahlreiche Problemfelder im Krankenhausbereich prägten das Jahr 2015. Neben der angespannten wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser und den immer offensichtlicher werdenden Schwierigkeiten bei der Investitionsfinanzierung gab es viel-

fach Struktur- und Koordinationsprobleme. Hinzu kam der im Vergleich zu anderen Branchen geringe Grad an Digitalisierung im Gesundheitswesen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSO), das zum 1.1.2016 in Kraft trat, und einigen weiteren Gesetzen schickte sich der Gesetzgeber an, einen Teil der vorliegenden Schwierigkeiten anzugehen. Die wesentlichen Ziele des KHSO sind: (1) Qualität steigern, (2) Versorgungsstrukturen optimieren, (3) Leistungsmengenzuwachs beschränken und (4) Pflege am Bett stärken. Allerdings lässt das KHSO auch einige brisante Themen offen, darunter die Investitionsfinanzierung und eine kritische Überprüfung des DRG-Systems.

Im Folgenden sollen die Situation und die Problemfelder des Jahres 2015 beschrieben und darauf eingegangen werden, welche Themen das KHSO adressiert und was die möglichen Effekte auf die Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen sein können. Abschließend werden wichtige offene Baustellen diskutiert, die das KHSO ausgespart hat, und ein Fazit gezogen.

1.2 Problemfelder vor dem KHSO

Die vergangenen Jahre waren geprägt durch eine schwierige wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser. Gegenüber dem Jahr 2013 blieb die Insolvenzwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser im Jahr 2014 unverändert: Immerhin 11 % der Krankenhäuser befanden sich im roten Bereich mit erhöhter Insolvenzgefahr, 11 % im gelben mit moderater Insolvenzgefahr und 78 % im grünen Bereich (Augurzky et al. 2016). Die Ertragslage und damit der Ausblick hatten sich allerdings etwas gebessert. 23 % der Krankenhäuser schrieben im Jahr 2014 auf Konzernebene einen Jahresverlust, 77 % einen Gewinn; im Jahr 2013 hatten noch 30 % und 2012 sogar 34 % einen Jahresverlust ausgewiesen.

Aufgrund rückläufiger Investitionsfördermittel der Länder und einer schwierigen Ertragslage fiel außerdem die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser schlecht aus. Im Jahr 2014 waren bloß 54 % der Krankenhäuser voll investitionsfähig, d. h. konnten ausreichend viel investieren, um ihre Unternehmenssubstanz zu erhalten. Die Kapitalausstattung der Krankenhäuser ist in den vergangenen Jahren zurückgegangen und ein hoher Anteil des Sachanlagevermögens war bereits stark abgeschrieben. Die Bundesländer stellten 2014 Fördermittel in Höhe von fast 2,8 Mrd. Euro zur Verfügung (DKG 2015). Im Verhältnis zu den Erlösen der Krankenhäuser waren dies nur 3,4 %. Im Jahr 2000 hatte der Anteil noch bei 6,8 % gelegen. Mithin sank der Anteil der geförderten Investitionen am gesamten Anlagevermögen auf 51 % im Jahr 2014. Der geschätzte jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) belief sich auf rund 5,5 Mrd. Euro, wenn das vorhandene Sachanlagevermögen gehalten werden soll. Er würde sich sogar auf 6,6 Mrd. Euro belaufen, wenn als Benchmark das Sachanlagevermögen der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern angesetzt würde. Im Ergebnis lag die jährliche Förderlücke der Länder damit bei 2,8 bzw. 3,9 Mrd. Euro.

Krankenhäuser schlossen diese Förderlücke zum Teil mit eigenfinanzierten Investitionen in Höhe von rund 1,9 Mrd. Euro, sodass sich noch eine Investitionslücke von 0,9 bis 2,0 Mrd. Euro ergab. Legt man den Kapitaleinsatz in den neuen Bundes-

ländern als Soll-Größe an, besteht derzeit ein kumulierter Investitionsstau von 28 Mrd. Euro. Das Investitionsproblem ist ein schwerwiegendes, denn ohne Investitionen gibt es keine Zukunft. Damit reiht sich dieser Befund im Krankenhausbereich in den generellen Befund rückläufiger Investitionstätigkeiten in einer älter werdenden Gesellschaft ein. Jäger und Schmidt (2016) konnten zeigen, dass in älteren Gesellschaften die Investitionsaktivitäten nachlassen und stattdessen Konsum eine höhere Bedeutung gewinnt. Aus Sicht des einzelnen älter werdenden Bürgers ist dies zwar ein rationales Verhalten. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht führt eine solche Entwicklung dagegen zu einem immer größeren Substanzabbau und gefährdet die Wirtschaftskraft, die wiederum gerade deswegen benötigt wird, um die Effekte des demografischen Wandels überhaupt auffangen zu können.

Eine weitere Auswirkung des demografischen Wandels ist der zunehmende Fachkräftemangel, der es vielen Krankenhäusern erschwert, alle Stellen im ärztlichen und pflegerischen Bereich adäquat zu besetzen. Nicht nur kann die Qualität der Versorgung darunter leiden, sondern es wird auch das Personal aufgrund seiner Knappheit immer teurer. Insofern sehen sich Krankenhäuser neben einer wachsenden Knappheit an Investitionskapital auch einer wachsenden Knappheit an qualifiziertem Personal gegenüber. Letzteres macht sich derzeit insbesondere in ländlichen Regionen bemerkbar. Dort kommt hinzu, dass vielfach auch die Bevölkerungszahl schrumpft, was der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einer älteren Bevölkerung entgegenwirkt. Ländliche Krankenhäuser mit einem klar definierten Einzugsgebiet können daher über Wachstum immer weniger die steigenden personalbezogenen Fixkosten decken. Die Tragfähigkeit der ländlichen Krankenhausversorgung schwindet.

Ein weiterer Trend stellt die zunehmende Ambulantisierung der Medizin dar. Die bestehenden sektorenspezifischen Vergütungssysteme stehen der Realisierung dieses Potenzials jedoch im Wege. Besonders in der Notfallversorgung macht sich dieser Umstand negativ bemerkbar (z. B. DGINA 2015). Oft suchen Patienten bei einem Notfall, der ambulant behandelbar wäre, teure Krankenhausambulanzen auf. Letztendlich ist dies ein Ausdruck einer mangelnden Patientensteuerung. Es fehlen Gatekeeper zur Patientensteuerung und entsprechend Anreize, passende Angebote hierfür aufzubauen.

Des Weiteren ist schon seit vielen Jahren festzustellen, dass es regional Überkapazitäten im Krankenhausbereich gibt (Augurzky et al. 2016; RWI 2016). In Ballungsgebieten zeigen sie sich durch Mehrfachvorhaltungen und in ländlichen Regionen durch viele kleine Standorte. Gerade kleine Standorte haben größere wirtschaftliche Probleme, weil sie relativ höhere Fixkosten tragen – es sei denn, sie haben sich auf wenige Leistungsbereiche spezialisiert. Zwar ist durchaus eine Marktdynamik festzustellen: So stellen Preusker et al. (2014) fest, dass es im Zeitraum von 2003 bis 2013 zu über 70 echten Marktaustritten von Krankenhäusern gekommen ist. Die Marktaustrittsbarrieren – wie auch Eintrittsbarrieren für innovative Angebote – sind aber nach wie vor als hoch zu bezeichnen. Das Gesundheitswesen ist sowohl durch zahlreiche solcher Barrieren geprägt als auch durch wenig Spielraum hinsichtlich unternehmerischer Freiheiten und Experimentierfreude. Dynamische Märkte, in denen neue potenziell effizientere Leistungsanbieter den Markt betreten und bestehende ineffizientere austreten können, sind aber wichtig, um in Bezug auf Effizienz Fortschritte zu erzielen.

Hinzu kommt, dass die Nachfrageseite im Gesundheitswesen wenig Autonomie genießt. Zwar ist es richtig, dass ein Patient kein Kunde im herkömmlichen Sinne ist. Anders als ein Kunde würden die meisten Patienten am liebsten erst gar keine Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entfalten, denn die Nachfrage ergibt sich aufgrund einer meist nicht selbst gewählten Krankheit. Erschwerend kommt hinzu, dass der Patient in der Regel über deutlich weniger Informationen über Gesundheitsleistungen und das Gesundheitssystem besitzt als der Leistungserbringer und er sich so in eine Abhängigkeit vom Leistungserbringer begeben muss. Diese Informationsasymmetrie ist aber kein Merkmal, das allein auf das Gesundheitswesen beschränkt ist, sondern sie kommt durchaus auch in anderen Branchen vor. Das Besondere im Gesundheitswesen ist jedoch, dass der Nachfrager die Kosten seiner Nachfrage mehrheitlich nicht selbst zu tragen hat. Er verliert damit zumindest den finanziellen Anreiz, die Informationsasymmetrie abzubauen bzw. den Leistungserbringer zu kontrollieren. Aber selbst mit stärkeren finanziellen Anreizen für die Nachfrager wäre es nicht einfach, sich ausreichend Information zu besorgen, weil die für den Patienten nutzbare Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen noch dürftig ist – im stationären und mehr noch im ambulanten Bereich.

Eine Ursache für Letzteres ist die derzeit geringe elektronische Vernetzung im Gesundheitssystem. Transparenz über Gesundheitsleistungen ist ein äußerst komplexes Thema. Sie kann nur über sehr gute Daten und Methoden geschaffen werden. Qualitätsmessung erfordert erstens Daten über den gesamten Behandlungsverlauf von Patienten und zweitens in großer Menge. Grundsätzlich liegen diese Daten vor. Der Aufwand, diese in geordneter Weise zusammenzufügen und richtig auszuwerten, ist jedoch immens. Er wird überdies durch bestehende Datenschutzrichtlinien noch erhöht oder die Auswertung wird sogar ganz verhindert. Damit bietet der Datenschutz für wettbewerbsscheue Anbieter ein hervorragendes Mittel, um wachsende Transparenz und damit eine Stärkung der Nachfrager im Gesundheitswesen zu unterbinden. Damit können Besitzstände bewahrt werden.

Strategien zur Dämpfung der Marktdynamik dürften zwar noch ein paar Jahre von Erfolg gekrönt sein. Zwei entscheidende Entwicklungen dürften sie jedoch langfristig zu einem Auslaufmodell werden lassen: (a) der relative Rückgang der volkswirtschaftlichen Ressourcen und (b) Markteintritte völlig neuer Akteure mit neuartigen Produkten und direktem Zugang zum „Endkunden“, also dem Nachfrager nach Gesundheitsleistungen.

Das derzeit hohe Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen ist der guten gesamtwirtschaftlichen Lage und der geringen Arbeitslosigkeit in Deutschland geschuldet. Schon ein geringer Einbruch der Konjunktur würde das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen bremsen. Allerdings scheint sich abzuzeichnen, dass auch schon bei der gegenwärtig guten Einnahmenentwicklung der Krankenkassen deren Ausgaben noch stärker wachsen. Somit ist mittelfristig, erst recht aber langfristig mit erheblichen Finanzierungslücken der Kassen zu rechnen. Denn in den 2020er Jahren scheiden immer mehr Menschen der geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben aus und nehmen im Gegenzug vermehrt Sozialleistungen der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung in Anspruch. Um eine Rationierung von Leistungen zu vermeiden, wird der wirtschaftliche Druck auf die Leistungserbringer spürbar steigen. Mithin wird das Verständnis für die Wahrung von ineffizienten Besitzständen rapide schwinden.

Innovative Anbieter schicken sich heute schon an, völlig neue effizienzsteigernde und möglicherweise sogar systemverändernde Produkte zu ersinnen. Sie könnten aus den Bereichen Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Wearables und „Insidables“, Robotik, 3D-Druck, genomische Medizin kommen. Die Versorgung der Fläche könnte mit selbstfahrenden Pkw, Drohnen aus der Luft und Telemedizin unterstützt werden. Neue Akteure könnten dazu wichtige Impulse setzen. Weltweit agierende Unternehmen mit vornehmlich digitalen Angeboten konnten in den vergangenen zehn Jahren enorme Werte schaffen und althergebrachte Industrien in Windeseile geradezu überflügeln. Viele Branchen, in denen die Digitalisierung Einzug gehalten hat, haben ihr Gesicht schon stark verändert, wie beispielsweise die Telekommunikation und der Versandhandel. Die Frage wird sein: Werden diese Angebote von „außen“ kommen, d. h. von Akteuren außerhalb des Gesundheitswesens, oder von agilen Leistungserbringern innerhalb des bestehenden Gesundheitswesens?

Zusammenfassend stellt Tabelle 1–1 die in diesem Abschnitt aufgezählten Problemfelder der aktuellen Krankenhausversorgung dar.

Tabelle 1–1

Problemfelder vor dem KHSG

1	Schlechte wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser
2	Wenige Investitionen
3	Fachkräftemangel, vor allem auf dem Land
4	Schwindende Tragfähigkeit der ländlichen Infrastruktur
5	Viele Patienten, ambulantes Potenzial
6	Ungenügende Patientensteuerung, Case Management
7	Geringe sektorenübergreifende Vernetzung
8	Schlecht koordinierte Notfallversorgung, insbesondere ambulant-stationär
9	Umfangreiche Kapazitäten
10	Geringe Marktdynamik (Eintritte und Austritte)
11	Wenig unternehmerische Freiheiten, Experimentierfreude
12	Geringer Fokus auf Qualität
13	Probleme in der Pflege
14	Kaum elektronische Vernetzung, wenige digitale Angebote
15	Wenig Versorgungsforschung

Quelle: eigene Darstellung; nicht unbedingt vollständig

1.3 Das Krankenhausstrukturgesetz 2016

Das KHSG widmet sich einigen dieser genannten Problemfelder. Es umfasst zahlreiche Einzelmaßnahmen, auf die an dieser Stelle nicht im Detail eingegangen werden kann. In der Summe sollten diese Maßnahmen zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser ab 2016 führen. Augurzky et al. (2016) gehen für 2016 von einem Erlöswachstum für Krankenhäuser aus, das mehr als 800 Mio. Euro über deren Kostenwachstum liegen sollte. Mittel des Strukturfonds sind darin nicht enthalten. Bis etwa 2018 dürfte dieser Mehr-Erlös gehalten werden können, bis steigende Personalkosten und der Fixkostendegressionsabschlag einen Teil davon aufzehren, sodass davon bis 2020 nur noch etwa 450 Mio. Euro übrig bleiben – vorausgesetzt, es folgt keine neue Gesundheitsreform nach den Bundestagswahlen 2017.

Daneben bildet ein zweites wichtiges Themenfeld des KHSG die Qualität der stationären Versorgung. Ziel ist eine Steigerung der Qualität über verschiedene Maßnahmen. Die wohl wichtigste ist die konsequente und standardisierte Messung der Behandlungsqualität. Das neu geschaffene Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) soll sich der wissenschaftlich soliden Messung von Qualität widmen. Nach der Messung folgt die nicht-anonymisierte Transparenz der erarbeiteten Qualitätsmaße. Sie soll dazu dienen, den Qualitätswettbewerb zwischen Krankenhäusern zu erhöhen. Am Ende dieses Weges soll eine qualitätsorientierte Vergütung stehen. Krankenhäuser mit überdurchschnittlicher Qualität sollen Zuschläge, solche mit unterdurchschnittlicher Qualität Abschläge auf die Vergütung erhalten. Ergänzt werden diese Maßnahmen um unangemeldete Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, eine patientenfreundlichere Aufbereitung der Qualitätsberichte und durch das Instrument von selektiven Qualitätsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

Als drittes widmet sich das KHSG den Versorgungsstrukturen. Der neu geschaffene Strukturfonds stellt dazu bundesweit 1 Mrd. Euro zur Verfügung, davon 500 Mio. Euro aus dem Gesundheitsfonds und 500 Mio. Euro als Ko-Finanzierung seitens der Länder. Er soll die Optimierung der Krankenhausstrukturen finanziell unterstützen. Der hierzu nötige Abbau und die Verschiebung von Kapazitäten erfordern Einmalinvestitionen, die der Fonds übernehmen soll. Die „Rendite“ des Fonds sind optimierte Strukturen mit geringeren Betriebskosten und höherer medizinischer Qualität. Im Zuge eines solchen Umbaus muss allerdings die Versorgungssicherheit im Auge behalten werden. Die Bündelung von Kapazitäten darf nicht dazu führen, dass manche Leistungen für die Bevölkerung anschließend nur noch in zu großer Entfernung liegen. Dazu werden Mindestreichbarkeitsmaße definiert sowie der Sicherstellungszuschlag konkretisiert. Außerdem wird ein Stufensystem für die Notfallversorgung eingeführt und Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung der Länder mit Hilfe des IQTIG erarbeitet.

Viertens strebt das KHSG eine stärkere Begrenzung des Leistungsmengenwachses an. Dazu erfolgt eine Verschärfung des bestehenden dreijährigen Mehrleistungsabschlags in Höhe von 25 %. An seine Stelle tritt künftig der so genannte Fixkostendegressionsabschlag (FDA), der höher als 25 % ausfallen soll. Im Gegenzug entfällt die so genannte doppelte Degression, d. h. Mengensteigerungen wirken auf der Landesebene nicht mehr preismindernd. Die Konkretisierung des FDA erfolgt

Tabelle 1–2

Veränderung der Problemfelder nach dem KHSG

1	Schlechte wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser	Bessernd
2	Wenige Investitionen	Keine Änderung
3	Fachkräftemangel, vor allem auf dem Land	Keine Änderung
4	Schwindende Tragfähigkeit ländl. Infrastruktur	Keine Änderung
5	Viele Patienten, ambulantes Potenzial	Zum Teil, FDA
6	Ungenügende Patientensteuerung, Case Mgmt.	Zum Teil, Entlassmanagement
7	Geringe sektorenübergreifende Vernetzung	Keine Änderung
8	Schlecht koordin. Notfallvers., insb. amb.-stat.	Zum Teil, Stufensystem Notfall
9	Umfangreiche Kapazitäten	Bessernd, Strukturfonds
10	Geringe Marktdynamik (Eintritte und Austritte)	Zum Teil, Strukturfonds
11	Wenig unternehm. Freiheiten	Zum Teil, Innovationsfonds
12	Geringer Fokus auf Qualität	Bessernd, IQTIG
13	Probleme in der Pflege	Bessernd, Pflegezuschlag, Förderprogramm
14	Kaum elektronische Vernetzung, wenige digitale Angebote	Keine Änderung
15	Wenig Versorgungsforschung	Zum Teil, Innovationsfonds

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

im Rahmen von Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Er dürfte den Anreiz zur Erbringung von mehr Leistungen durch Krankenhäuser senken. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass er den Qualitätswettbewerb nicht ausbremst. Krankenhäuser, denen es gelingt, mit hoher Qualität Patienten für sich zu gewinnen, sollten nicht mit hohen Preisabschlägen rechnen müssen.

Fünftens befasst sich das KHSG mit dem Thema der Pflege im Krankenhaus. Beklagt wird eine zunehmende Belastung der Pflegekräfte. Die Sorge ist, dass die Qualität der Krankenhausbehandlung darunter leidet. Das KHSG sieht zu diesem Zweck ein Pflegestellenförderprogramm vor, das zeitlich begrenzt mehrere hundert Mio. Euro bereitstellt, um die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte zu fördern. Ferner wurde der bisherige Versorgungskostenzuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro in einen Pflegezuschlag umgewidmet. Künftig erhalten die Krankenhäuser den Zuschlag auf die angefallenen Personalkosten im Pflegebereich statt wie bisher als pauschalen Preiszuschlag. Schließlich wurde eine Expertenkommission „Pflege“ eingesetzt, um sich den Problemen der Pflege im Krankenhaus zu widmen und ggf. Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

Wenngleich das KHSG nicht alle oben genannte Probleme löst, hat es doch für einige davon die Voraussetzungen für Lösungen geschaffen. Tabelle 1–2 gibt eine Einschätzung des Autors wieder, inwieweit das KHSG in den einzelnen Problemfeldern erfolgreich sein könnte.

1.4 Offene Baustellen nach der Wahl 2017

Das KHSG hat sich diversen Problembereichen gewidmet und dürfte zu einigen Verbesserungen in den kommenden Jahren führen. Die Verbesserungen werden jedoch nicht ausreichen, um eine Rationierung von Gesundheitsleistungen oder eine massive Erhöhung des durchschnittlichen Beitragssatzes zur GKV in den 2020er Jahren zu vermeiden. Tabelle 1–2 listet im Wesentlichen die offenen Baustellen zusammenfassend auf. Auf einige Themenfelder soll in diesem Abschnitt eingegangen werden.

Die Herausforderungen im kommenden Jahrzehnt werden nicht allein dadurch gemeistert werden können, dass auf der einzelbetrieblichen Ebene Abläufe noch effizienter gestaltet werden. Wichtig ist darüber hinaus eine Optimierung der Versorgungsstrukturen. Der Strukturfonds setzt hierfür Anreize. Aber auch dies allein wird nicht reichen. Daher muss die Art der Angebote an Gesundheitsleistungen grundsätzlich in Frage gestellt werden. Können die Bedarfe der Nachfrager auch auf andere, möglicherweise günstigere Art und Weise befriedigt werden? Als Beispiel sei das Fernbehandlungsverbot genannt. Für einen Teil der Patienten mag es bei einfachen Erkrankungen von Vorteil sein, wenn für den Erstkontakt mit einem Arzt nicht eine Praxis aufgesucht werden muss. Sie würden sich Pendelzeit sowie das Warten in der Praxis ersparen. In vielen anderen Branchen ist ein solcher Erstkontakt schon üblich. In der Medizin zählt der Bestandsschutz niedergelassener Ärzte dagegen mehr als die Präferenzen von Patienten. Gleichzeitig werden durch eine solche Art von Regulierung Innovationen verhindert, die zumindest einem Teil der Patienten einen günstigeren Zugang zu Leistungen ermöglichen könnten.

Große Effizienzsprünge kann es nur geben, wenn bestandssichernde Regulierung abgebaut und mehr unternehmerische Freiheit sowohl für Leistungserbringer als auch für Kostenträger ermöglicht wird. Dazu gehört zudem mehr Mut zum Experimentieren – und nicht jedes Experiment, das schief geht, ist ein Beweis dafür, dass alles Bisherige besser war. Denn nur über das Experimentieren lassen sich überhaupt systemverbessernde Innovationen finden. Denkbar wären zeitlich befristete Erprobungsregionen, in denen gewisse regulatorische Anforderungen ausgesetzt werden. Um auf diese Weise mehr unternehmerische Freiheiten zulassen zu können, bedarf es jedoch einer Stärkung der Nachfrageseite. Hierzu ist eine bedingungslose Transparenz nötig. Der Patient – oder ein von ihm Beauftragter – muss erkennen können, welche Qualität er in medizinischer Hinsicht, aber auch hinsichtlich der Leistungen von unterschiedlichen Anbietern erhält. Transparenz reduziert den Regulierungsbedarf und schafft so Freiheiten, die nötig sind, um Neues auszuprobieren.

Das Vergütungssystem spielt dabei eine zentrale Rolle. Im Krankenhausbereich findet die Vergütung mehrheitlich nach DRGs statt. Derzeit ist das DRG-System kostenorientiert ausgerichtet. Es ist darüber nachzudenken, ob es stärker zielorientiert gestaltet werden sollte. Welche Versorgungsziele sollen erreicht werden? In Abhängigkeit davon ist das DRG-Vergütungssystem auszurichten. Folgende Ziele seien hier genannt:

Ziel 1: Daseinsvorsorge definieren und gewährleisten. Hierzu bedarf es zunächst einer bundesweit einheitlichen Definition der Daseinsvorsorge für Gesundheitsleistungen mittels Erreichbarkeitsmaßen. Vorhalteleistungen spielen dabei – beson-

ders in der Notfallversorgung – eine große Rolle. Es stellt sich die Frage, ob statt einzelner DRGs nicht die bedarfsnotwendigen Vorhalteleistungen für die Notfallversorgung von Krankenkassen eingekauft werden sollten. Die rein mengenbezogene Komponente des DRG-Systems würde durch eine Vorhaltekomponekte im Bereich der Notfallversorgung ergänzt. Mit dem im KHSG angelegten neuen Notfallzu- und -abschlagsregime ist dafür ein Grundstein gelegt. Um jedoch nicht strukturkonservativ zu wirken, müsste diese Vorhaltekomponekte selektivvertraglich ausgestaltet werden. Zum Beispiel könnten in einem zu konkretisierenden Versorgungsgebiet zwei bis drei Notfallzentren ausgeschrieben werden.

Ziel 2: Das Notwendige an den richtigen Stellen erbringen. Derzeit vergütet das DRG-System Mengen unabhängig davon, ob es sich um „gute“ oder „schlechte“ Mengen handelt. Darunter ist an dieser Stelle nicht die Ergebnis-, sondern die Indikationsqualität zu verstehen. DRG-Relativgewichte könnten zu diesem Zweck stärker als Steuerungsinstrument genutzt werden. Allerdings lässt sich für den Einzelfall die Indikationsqualität kaum sinnvoll messen. Vielmehr bedarf es dazu einer statistischen Herangehensweise. Bekannt sind zum Teil erhebliche regionale nicht-erklärbare Unterschiede in der Inanspruchnahme von stationären (und ambulanten) Leistungen. In Regionen mit einer über die Zeit konstant weit überdurchschnittlichen Häufigkeit einer Indikation könnte das Relativgewicht der zugehörigen DRG abgesenkt bzw. im umgekehrten Fall erhöht werden. Ähnlich könnte verfahren werden, wenn in einer Region ein überdurchschnittlich hohes ambulantes Potenzial bei stationären Fällen gemessen wird. Positiver Nebeneffekt davon wäre eine Reduktion von MDK-Prüfungen. In einem weiteren Schritt müsste die Vergütung außerdem so ausgerichtet werden, dass es sich für Krankenhäuser lohnt, ambulantes Potenzial bei stationär erbrachten Leistungen tatsächlich zu realisieren.

Ziel 3: Qualität belohnen. Ein drittes Ziel, das auch das KHSG explizit verfolgt, ist die qualitätsorientierte Vergütung. Leistungen mit überdurchschnittlicher Qualität würden durch einen Vergütungsaufschlag belohnt, Leistungen mit unterdurchschnittlicher Qualität umgekehrt mit einem Abschlag bestraft. In den USA wird ein solches System für die 50 Mio. Versicherten von Medicare bereits eingesetzt (Völzke et al. 2015). Grundsätzlich kann es damit sinnvolle Vergütungsanreize setzen. Individuelle Abschläge ließen sich übrigens dadurch vermeiden, dass das Preisniveau zunächst so weit herabgesetzt wird, dass aus der dadurch eingesparten Vergütung Qualitätszuschläge finanziert werden können. Da die qualitätsorientierte Vergütung jedoch grundsätzlich trotzdem am einzelnen Krankenhaus ansetzt, muss sie justizierbar sein. Dies kann sich bei der großen Komplexität der Qualitätsmessung als unüberwindbare Hürde erweisen. Auch zeigen erste Analysen des Beispiels aus den USA noch keine befriedigenden Resultate (Rajaram et al. 2015). Möglicherweise genügt auch schon eine konsequente Qualitätstransparenz, um Patientenströme hin zu höherer Qualität zu lenken. Faktisch würde hohe Qualität eines Krankenhauses dann durch mehr Patienten belohnt.

Ziel 4: Investitionen sichern. Ein Vergütungssystem muss prinzipiell so angelegt sein, dass damit Betriebs- und Investitionskosten zur Erbringung der gewünschten Leistungen im Durchschnitt gedeckt werden können. Zumindest im Bereich der

Investitionskostenfinanzierung ist dies derzeit häufig nicht der Fall. Aus betriebswirtschaftlichen Gründen wäre es sinnvoll, die beiden Vergütungskomponenten im DRG-System mittels Investitionspauschalen zusammenzufassen (Augurzky 2011). Im Durchschnitt müsste die DRG-Vergütung dann um rund 300 Euro je Casemixpunkt steigen. Fixe Investitionskosten würden dann aber über die Leistungsmenge vergütet, was den Anreiz zur Erbringung von zusätzlicher Menge erhöhen würde. Würden jedoch die oben genannten Ziele 1 und 2 erreicht, könnte dieser Einwand stark entschärft werden. Insofern ist eine rein monistische Finanzierung innerhalb des DRG-Systems in Kombination mit einer ergänzenden Komponente für Vorhalteleistungen und einer „indikationsqualitätsbezogenen“ Vergütung zu empfehlen.

Literatur

- Augurzky B, Krolop S, Pilny A, Schmidt CM, Wuckel C. Krankenhaus Rating Report 2016 – Mit Rückenwind in die Zukunft? Heidelberg: medhochzwei 2015.
- Augurzky B. Investitionspauschalen als Weg in die Monistik? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus Report 2011 – Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2011; 161–72.
- DGINA (Hrsg). Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Berlin 2015.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand August 2015. Berlin.
- Jäger P, Schmidt T. The Political Economy of Public Investment when Population is Aging: A Panel Cointegration Analysis. *European Journal of Political Economy* 2016; 43: 145–58.
- Preusker UK, Müschenich M, Preusker S. Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003–2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes 2014.
- Rajaram R, Chung JW, Kinnier CV, Barnard C, Mohanty S, Pavey ES, McHugh MC, Bilimoria KY. Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program. *JAMA* 2015; 314 (4): 375–83.
- RWI. Krankenhauslandschaft Rheinland-Pfalz und Saarland, Besonderheiten, Herausforderungen und Potenziale. RWI-Materialien 2016.
- Völzke T, Matthes N, Mansky T Einen Schritt voraus. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2015, 4: 256–61.