

# **Perspektiven einer Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland: Qualität steigern, ländliche Versorgung sicherstellen, Strukturanpassung fördern**

*Stellungnahme Vorstand dggö*

12. Oktober 2014

Seit etwa 10 Jahren werden in Deutschland Krankenhausleistungen über ein umfassendes System von Fallpauschalen – basierend auf den Diagnosis-Related Groups (DRGs) – vergütet. Fallpauschalen setzen Anreize zur Kosteneinsparung: die Versorgung sollte wirtschaftlicher und ineffiziente Krankenhäuser aus dem Markt gedrängt werden. Während davon auszugehen ist, dass die DRG-Vergütung die Prozesseffizienz der stationären Versorgung in Deutschland tatsächlich verbessert hat, ist ein Ausscheiden ineffizienter Krankenhäuser kaum zu beobachten. Dafür scheinen die Anreize zu gering zu sein; auch behindert die Krankenhausplanung notwendige Anpassungen der stationären Kapazitäten. Vielmehr setzt die pauschale Vergütung auch Anreize zur Ausweitung der Fallmenge, insbesondere wenn einzelne Fallgruppen profitabel sind und mit steigender Menge die Durchschnittskosten weiter sinken. Dies zeigt sich bei elektiven Operationen wie in der Knie- und Hüftendoprothetik, wo die Fallzahlen in Deutschland im internationalen Vergleich besonders hoch liegen. Andererseits legen viele Untersuchungen nahe, dass die Behandlungsqualität mit der Häufigkeit steigt, mit der ein Krankenhaus eine bestimmte Behandlung durchführt. Es ist daher wichtig, Krankenhäusern Anreize zu einer stärkeren Spezialisierung in den Bereichen zu setzen, in denen sie besonders leistungsstark sind.

Diese Entwicklungen werfen Fragen nach der Qualität der Krankenhausversorgung auf. Bisher fehlt der Einbezug von Qualitätsmerkmalen in die Vergütung. Ein solcher würde die Qualität als ein zentrales Ziel der Versorgung stärker in den Fokus rücken. Eine Ausrichtung der Vergütung an ergebnisorientierten Kriterien wäre ein wichtiger Schritt, um die Effizienz der Krankenhausversorgung weiter zu verbessern. Dabei können verschiedene Qualitätsdimensionen gefördert werden: die *Indikationsqualität*, indem unnötige Fälle gar nicht oder nur mit deutlichem Abschlag vergütet werden; die *Strukturqualität*, indem Mindestanforderungen für eine Abrechnung von bestimmten DRGs gesetzt werden (z.B. eine Schlaganfalleinheit oder eine In-

tensivstation); die *Prozessqualität*, indem die Fallpauschalen an die Kosten von besonders effizienten Krankenhäusern (sog. „best practice“ DRGs) oder auch an die Einhaltung medizinischer Leitlinien angebunden werden; und, für die Patienten zentral, die *Ergebnisqualität*.

Wichtige Ansatzpunkte eines Einbezugs der Ergebnisqualität in die Krankenhausvergütung bilden möglichst valide und manipulationsunabhängige Routinedaten, etwa zur Mortalität und zu den Wiederaufnahmeraten. Dabei sind Schweregrad und Komorbidität der versorgten Patienten ebenso zu berücksichtigen wie das Problem der Zurechnung von beobachteten Änderungen der Ergebnisindikatoren, d.h. ob Erfolg oder Nichterfolg nicht auch – oder sogar überwiegend – einer guten bzw. schlechten ambulanten Nachbetreuung zuzurechnen sind (etwa Physiotherapie nach einer Gelenk-Operation). Die nun beschlossene Gründung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz, das genau diese Fragen wissenschaftlich angehen und die neue Qualitätsorientierung umsetzen soll, ist daher aus gesundheitsökonomischer Sicht zu begrüßen. Die Arbeit des Institutes sollte dabei vordringlich darauf abzielen, Konzepte zur Messung der Qualität in der Krankenhausversorgung weiterzuentwickeln, diese vergleichend darzustellen und für die Planung, die Vergütung und das Management von Krankenhäusern nutzbar zu machen.

Ein wichtiger Ansatz zur Entwicklung qualitätsbasierter Anreizsysteme liegt zudem in einer stärkeren Öffnung des Krankensektors für selektivvertragliche Regelungen mit den Krankenkassen. Dabei treffen Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern Leistungsvereinbarungen, für die andere Krankenhäuser nicht unter Vertrag genommen werden. Gerade in Regionen mit vergleichsweise großer Auswahl an Krankenhäusern mit ähnlichem Leistungsspektrum könnten selektivvertragliche Regelungen dazu beitragen, den Qualitätswettbewerb unter den Krankenhäusern zu intensivieren. Zusätzlich könnten mit der Option, Fallpauschalen in gewissem Umfang zu modifizieren, Elemente eines Preiswettbewerbs integriert werden, um effiziente und qualitativ hochwertige Krankenhäuser besonders stark zu fördern. Solche Anreize könnten die Umgestaltung der Krankenhauskapazitäten unterstützen, indem sie die Spezialisierung leistungsfähiger Krankenhäuser fördern, Anreize zum Marktaustritt nicht effizienter Kliniken stärken und die Qualität der Versorgung insgesamt heben.

Die Messung und Dokumentation von Krankenhausqualität in Verbindung mit selektivvertraglichen Regelungen belohnt Krankenhäuser hoher Qualität durch zusätzliche Nachfrage. Damit setzt erhöhte Markttransparenz Anreize, in die Verbesserung der Qualität zu investieren. Diese Anreize können durch eine Einbeziehung von Qualitätsindikatoren in die Krankenhausvergütung weiter verstärkt werden. Wesentlich ist, ob solche Regelungen tatsächlich die Qualität der Versorgung verbessern und die Kosten senken und welche Regelungen dabei besonders effektiv sind. Es erscheint daher sinnvoll, unterschiedliche Formen dieser Anreize zu testen und deren Effekte nach wissenschaftlichen Maßstäben zu prüfen. Hierbei sollten auch über den stationären Bereich hinaus reichende Konzepte berücksichtigt werden.

Für konsistente Entscheidungen ist es ferner wesentlich, die Investitionskosten- und Betriebskostenfinanzierung wieder zusammenzuführen und die Kliniken monistisch zu finanzieren. Angesichts der seit Jahren anhaltenden Unterfinanzierung der Kliniken durch die Länder und teilweise weiter sinkenden Investitionsquoten ist in der Praxis ohnehin bereits eine „schleichende Monistik“ festzustellen. Um die Flexibilität der Angebotsstruktur zu fördern, erscheint es zudem sinnvoll, Qualitätsaspekte und die Restrukturierung des gegenwärtigen dualen Finanzierungsmodus zu verbinden. So könnten die optionalen leistungsorientierten Investitionspauschalen (§10 KHG) durch Qualitätsaspekte ergänzt werden. Maßnahmen wie diese könnten sogar teilweise mit Strukturanpassungen in der stationären Versorgung gegenfinanziert werden.

Eine besondere Herausforderung der nächsten Jahre wird die Versorgung in abgelegenen Gebieten des ländlichen Raums sein, in denen aufgrund des Bevölkerungsrückgangs und der zunehmenden Ambulantisierung der Versorgung die Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten wirtschaftlich unter den gegenwärtigen Bedingungen kaum mehr möglich ist. Auch im ländlichen Raum sollte jedoch eine qualitativ akzeptable Versorgung ermöglicht werden. Damit Krankenhäuser in solchen Gebieten notwendige Leistungen wie Notaufnahme oder Intensivversorgung bis zur Verlegung dennoch wirtschaftlich vorhalten können, sollten steuerfinanzierte Sicherungszuschläge erwogen werden. Die Leistungen selbst sollten ausgeschrieben werden, damit sich die zusätzliche Vergütung aus einem Wettbewerbsprozess ergäbe. Wel-

che Leistungen bzw. Fachabteilungen für eine Grundversorgung unabdingbar sind und welche Mindestreichbarkeit dabei zu Grunde gelegt werden sollte, sind Fragen, die im gesellschaftlichen Diskurs zu lösen sind.

Neben drohender Unterversorgung in einigen ländlichen Gebieten zeichnet sich der aktuelle Krankenhausmarkt andererseits vielfach durch eine regionale Überversorgung in Ballungszentren aus. Eine politische sinnvoll erscheinende Option, den Abbau bzw. die Umwandlung nicht benötigter Krankenhauskapazitäten zu fördern, liegt – insbesondere, solange keine Steuerung durch Selektivverträge möglich ist – in einer begrenzten öffentlichen Subvention von Marktaustrittskosten für den Krankenhausträger. Die Ausgestaltung des Instruments sollte allerdings genau überprüft werden: Falsch eingesetzt verzögert es den Marktaustritt und führt zu großen Mitnahmeeffekten.

Die bisherige Gestaltung der Krankenhauskapazitäten durch die Länder konnte den anstehenden Strukturwandel nicht bewältigen. Der – regional unterschiedliche – demographische Wandel verstärkt die Anforderungen an eine Strukturanpassung. Daher muss die Steuerung der Krankenhauskapazitäten neu organisiert werden. Mit der Integration der Investitionskosten in die Krankenhausvergütung und die Einführung von Selektivverträgen würde die Position der Krankenkassen gestärkt und die Flexibilität der Versorgung verbessert. Die Länder sollten sich auf Subventionen zur regionalen Sicherstellung der Versorgung und ggf. von einzelnen Marktaustritten konzentrieren. Mit einer allgemeinen Steuersenkung sollten schließlich die um die Investitionskosten höheren GKV- und PKV-Beiträge finanziert werden.

Reiner Leidl, Wolfgang Greiner, Reinhard Busse und Stefan Felder für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie