

Dipl.-Volksw. Johannes Wolff
Dipl.-Volksw. Uwe Klein-Hitpaß

Vom KHRG zum KHSG – vom Refinanzieren zum Strukturieren

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)¹ nimmt die Politik den Krankenhausbereich sechs Jahre nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)² wieder in den Fokus einer umfänglichen Reform. So ähnlich die beiden Akronyme sind, so unterschiedlich ist die Ausrichtung vieler Maßnahmen dieser Gesetze. Nahm das KHRG noch gezielt insbesondere die Finanzierung unter den Rahmenbedingungen eines erstmalig vollumfänglich zur Anwendung kommenden DRG-Fallpauschalensystems mit vielen neuen Freiheitsgraden für Krankenhäuser in den Blick, so weisen die Maßnahmen des KHSG unter dem Eindruck einer in dieser Folge beachtlichen Anzahl an aufgetretenen Fehlanreizen in Richtung struktureller Vorgaben und planerischer Anleihen. Auf die Deregulierung des KHRG folgt damit wieder ein regulierender Ansatz.

>> Das KHRG stand im Zeichen eines großen Vertrauensvorschlusses in die Leistungsfähigkeit und Verantwortung der deutschen Krankenhäuser. Eine ganze Reihe an Maßnahmen des KHRG (im Zusammenhang mit den Entwicklungen in der Krankenhausplanung) sorgte in den Krankenhäusern für bis dahin ungeahnte Freiheiten im Hinblick auf Versorgungsspektrum, Abrechnung und Vergütung.

Vergütung und Verantwortung – die KHRG-Phase ab 2009

Das Ende der Budgetierung

Das KHRG schuf 2009 die gesetzlichen Grundlagen der vollständigen Anwendung des DRG-Finanzierungssystems nach dem Ende der ersten fünfjährigen Konvergenz der Basisfallwerte. Es vollendete damit die zwei für die DRG-Einführung handlungsleitenden Grundsätze. Zum einen galt auf Landesebene seitdem das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“. Die Vergütung von ca. 96 % (Mostert et al. 2014) aller somatischen Krankenhausleistungen erfolgt seitdem über bundeseinheitliche DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelte und begleitende Finanzierungsinstrumente sowie landeseinheitliche Fallwerte in Euro. Zum anderen wurden ab 2009 zusätzlich vereinbarte Leistungen der Krankenhäuser nicht mehr nur anteilig, sondern voll zum Landesbasisfallwert vergütet. In unterschiedlichem Ausmaß fixierte Budgets, bei denen Preise auf der Krankenseite bei Leistungsmengeteigerungen reagierten, gab es nicht mehr. Nicht nur das Preisniveau im Land war für alle Krankenhäuser gleich, auch die Vergütung zusätzlicher vereinbarter Leistungen war nunmehr identisch: „Das Geld folgte der Leistung“ des Krankenhauses (Tuschen und Trefz 2004). Eine der unbedeutendsten am wenigsten beachteten Regelungen des KHRG ist aus diesem Grund die Freigabe der Leistungsmengen durch Auslaufen der bis dahin noch krankenhausbefugten Mengensteuerung über Budgets und deren Ersatz durch eine Preissteuerung der Menge über den einheitlichen Landesbasisfallwert. Auch die seit dem KHRG existierenden

Zusammenfassung

Das KHSG 2015 setzt die im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD skizzierte und seitens der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in 2014 eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe konkretisierte Krankenhausreform um. Im Unterschied zu bisherigen Reformen (u. a. KHRG 2009) standen zumindest zu Beginn des Gesetzgebungsverfahrens strukturelle Weiterentwicklungen der stationären Versorgung im Zentrum der KHSG-Maßnahmen. Statt nur „freie Mittel“ über Preiserhöhungen an die Krankenhäuser zu vergeben, folgte das KHSG weitgehend dem Credo „Fördern und Fordern“. So wurden mit dem KHSG zahlreiche neue Regelungen im Bereich der Qualitätssicherung geschaffen. Auch bei der Krankenhausplanung deutet sich eine Kompetenzverlagerung an. Der G-BA erhält eine Vielzahl von zusätzlichen Aufgaben, die auch weit in die Planung der stationären Kapazitäten hineinreichen. Als zentrale Maßnahme ist darüber hinaus der neu geschaffene und seitens der GKV mit 500 Mio. Euro zu finanzierende Strukturfonds zu nennen. Mit diesen Mitteln sollen Maßnahmen zum Kapazitätsabbau und zur Umstrukturierung finanziert werden. In der letzten Phase der Gesetzgebung wurden die guten Ansätze des KHSG jedoch durch Zugeständnisse an die Krankenseite verwässert. Insbesondere die dauerhafte Tarifraten und der Pflegezuschlag führen zu unbegründeten Preissteigerungen und sind als Rückfall in alte Denkmuster zu bewerten. Insgesamt führt die Reform damit zu hohen Mehrkosten für die Beitragszahler. Die Umsetzung der Krankenhausreform muss nun zeigen, ob der originäre Gedanke des KHSG, die Qualität und Struktur der stationären Versorgung maßgeblich zu verbessern, von den Defiziten im Rahmen der Investitionsfinanzierung und den Fehlanreizen im Rahmen der Preisbildung überlagert wird oder nicht.

Schlüsselwörter

Krankenhausreform, Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), Regulierung, Krankenhausplanung, Investitionsfinanzierung, Qualität, Struktur, Preissetzung

Mehrleistungsabschläge können über diese grundsätzliche Entwicklung nicht hinwegtäuschen, variierten sie doch hinsichtlich Bestand, Höhe des Abschlags und insbesondere Abschlagsdauer³.

Neben der Freigabe der Leistungsmengen wurde mit dem KHRG auch das Ende der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Preise beschlossen. Gab über Dekaden die Grundlohnrate die Obergrenze der Preisentwicklung vor, sollte zukünftig ein kostenbasierter Orientierungswert diese Funktion übernehmen. Diese von der Krankenseite unter dem Slogan „Der Deckel muss weg“⁴ geforderten Maßnahmen beendeten die Budgetierung im Krankenhaussektor. Die Krankenhäuser erhielten die Verantwortung zurück, bedarfsorientiert entsprechende Leistungsmengen zu erbringen.

Die Leistungserbringer reagierten ökonomisch rational auf die gesetzten Anreize und neuen Freiheiten. In den Jahren der Rücknahme der krankenhausbefugten Mengensteuerung ab 2005 und der andauernden Rückführung der Krankenhausplanung wuchsen die Leistungsmengen stark. Zwischen 2006 und 2010 stieg das Leistungsvolumen gemessen am Casemix um insgesamt + 13 % (RWI 2012). Insbesondere planbare Leistungen verzeichneten ein überproportionales Wachstum durch die Zunahme an Leistungserbringern und Fallzahlen (hche 2014). Ab 2012 begann die Diskussion um den Anteil nicht indizierter Leistungen in der Öffentlichkeit zu wirken und politischen Handlungsdruck zu erzeugen.

1. Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)
2. Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)
3. Abschlagsdauer und -höhe: 2009: einjährig, Höhe frei verhandelt; 2011: einjährig, Höhe 30%; 2012: einjährig, Höhe frei verhandelt; 2013: zweijährig, Höhe 25%; 2014, 2015, 2016: dreijährig, Höhe: 25%
4. Zentrale Forderung des Bündnisses „Rettung der Krankenhäuser“ am 25.09.2008 (Demonstration in Berlin)

Eine Reihe von Gutachten durch verschiedene Institute kam dabei immer zu demselben Schluss: Im untersuchten Zeitraum lag der Anteil des Einflusses der Demografie auf die Leistungsmengenzunahme bei lediglich ca. einem Drittel (vgl. u.a. IGES 2013, RWI 2012). Dies legt den Schluss nahe, dass ein großer Anteil des Leistungsmengenzuwachstums auch ökonomisch getrieben sein kann. Der politisch verlangte Forschungsauftrag zur Mengenerwicklung, der durch das Hamburg Center for Health Economics (hche) im Jahr 2014 abgeschlossen werden konnte, konstatiert denn auch einen (wenig überraschenden) positiven Wirkzusammenhang zwischen dem Preis einer Leistung und dem Mengenzuwachs (hche 2014). Steigt der Preis, steigt die erbrachte Leistungsmenge und dies in unterschiedlichem Ausmaß je nach Art der Leistung (Wolff 2012).

Auch das deutsche Leistungsniveau liegt weit über dem anderer Industrieländer (Schönstein und Kumar 2013). Hinzu kamen unerklärte regionale Differenzen¹² innerhalb Deutschlands bei der Leistungserbringung (Schäfer et al. 2012), die die Frage nach der Qualität der Indikationsstellung und damit der Notwendigkeit der erbrachten Leistung zusätzlich bestärkte. Von Krankenhausverbandsseite wurde jedwede Kritik an dieser ökonomisch, statt medizinisch induzierten Mengenerwicklung stets negiert (DKI 2012).

Mit dem deutlichen Anstieg der Leistungsmengen endete auch die Phase gemäßigter Ausgabenzuwächse im Krankenhausbereich. Wurden von 2000 bis 2008 jährlich im Durchschnitt ca. 1 Mrd. Euro mehr für den Krankenhausbereich ausgegeben, so waren es in der Phase von 2009 bis 2015 schon ca. 2,3 Mrd. Euro. Der Zuwachs der nominellen Ausgaben von 2004 bis 2014 beträgt + 44 % bezogen auf die gesamten Krankenhausausgaben.⁵ Einen wesentlichen Beitrag hierzu hat die Freigabe der Leistungsmengen, die jährlich mit durchschnittlich ca. 1 Mrd. Euro zusätzlich in der Basis wirkte. Der politische Handlungsdruck, stabile Beiträge zu garantieren, war zwar im Lichte einer günstigen Einnahmeentwicklung der Krankenkassen und fixierter Arbeitgeberbeiträge nicht so ausgeprägt wie in der Vergangenheit, dennoch spricht insbesondere die Dynamik in den Ausgaben aufgrund der Leistungsmengenerwicklung eine deutliche Sprache.

Krankenhausrahmenplanung

Mit dem Ende der individuellen Krankenhausbudgets und dem Übergang zu einer leistungsorientierten Vergütung endete auch das über den Krankenhausplan legitimierte Fortbestehen. Garantierte der Krankenhausplan in Kombination mit hausindividuellen Budgets noch das wirtschaftliche Überleben des Krankenhauses, konnte der Krankenhausplan dies im Hinblick auf leistungsorientierte Budgets nicht mehr. Erwirtschaftete ein Haus dauerhaft ein Defizit, das niemand ausglich, so musste es unweigerlich schließen. Im Zusammenspiel mit dem seit Einführung der „dualen Finanzierung“ (Länder zahlen die Investitionen, Krankenkassen die Betriebskosten) stetigen Rückgang der Investitionsfinanzierung als Anteil an den Krankenhausausgaben begannen viele Bundesländer, diesen offensichtlich gewordenen Verlust an gestalterischer Planungskraft durch eine Rücknahme konkreter Planungsvorgaben zu verschleiern. Beim Start der sog. „dualen Finanzierung“ betrug der Länderanteil an den Krankenhauskosten insgesamt noch über 20%; inzwischen finanzieren die Länder weniger als 4 % (ca. 2,5 Mrd. Euro).⁶ Da dies weit unter dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser liegt, wird die DRG-Fallpauschalenvergütung inzwischen – entgegen der gesetzlichen Vorgabe – in Höhe von ca. 3,5 Mrd. Euro zur Investitionsfinanzierung genutzt.⁷ Bemerkenswert ist, dass mit der zunehmenden Übernahme der Finanzierungslast durch die Krankenkassen keineswegs zusätzliche Mitspracherechte einhergehen. Überkapa-

zitäten, insbesondere in Ballungsgebieten, sind die Folge (Schönstein und Kumar 2013, Scheller-Kreinsen und Krause 2014). Der verschärfte wirtschaftliche und wettbewerbliche Druck in Kombination mit den durch die Rückführung der detaillierten, auf eine „Rahmenplanung“ gewonnenen Freiheiten führte dazu, dass viele Krankenhäuser statt der mit der DRG-Einführung gewollten Spezialisierung eine deutliche Ausweitung des angebotenen Leistungsspektrums und Leistungsvolumens vornahm (IGES 2013). Durch die pauschalierte Abrechnung über Fallpauschalen und fehlende Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen wurde diese Entwicklung durch eine „allgemeine Begründungsfreiheit“ zusätzlich beschleunigt. Das Krankenhaus musste weder sein Leistungsportfolio noch seine Leistungsmenge rechtfertigen.

Unabhängige Leistungserbringung

Wurde in der klassischen Budgetverhandlung in Vor-DRG-Zeiten mit dem Einzelkrankenhaus noch detailliert über Personalbestände und Strukturen verhandelt, insbesondere um krankenhauseitige Erlösforderungen zu begründen, so spielte dieser Tatbestand bei der Erlösfindung über DRG-Fallpauschalen grundsätzlich keine Rolle mehr. Über die Art und den Umfang der Inputfaktoren bei der Erstellung seiner Leistungen entscheidet das Krankenhaus seitdem selbst. Der zentrale und gewünschte Effekt dieser Finanzierung über DRG-Fallpauschalen ist, dass das Krankenhaus dabei auf alle unnötigen Einsätze verzichtet und so die Kosten des Behandlungsfalls reduziert und die Wirtschaftlichkeit erhöht. Durch eine Sicherung der Ergebnisqualität wird begleitend kontrolliert, dass der Output den Anforderungen der Patienten und der zahlenden Krankenkasse entspricht. Der Freiheit über die Entscheidung der Inputs stand in diesem Ideal die Kontrolle der Notwendigkeit und des Ergebnisses gegenüber. Leider gelang dieser Ansatz weder vollständig hinsichtlich der Umsetzung der Ergebniskontrolle im Rahmen einer auf das DRG-System abgestimmten Qualitätssicherung, noch im Hinblick auf die Freiheit des Mitteleinsatzes durch das Krankenhaus. Die Qualitätssicherung blieb weitgehend folgenlos hinsichtlich Zulassung und Vergütung der Krankenhäuser.

Im Bereich der Pflegekräfte wirkte die Neuausrichtung der Finanzierungssystematik besonders stark. Dem starken Abbau von Pflegekräften versuchte man im Rahmen des KHRG politisch mit dem ersten Pflegesonderprogramm zu begegnen. Die Neueinstellung von Pflegekräften wurde für einen begrenzten Zeitraum (2009 bis 2011) finanziell gefördert. Es wurde jedoch kein verbindlicher Mindestbestand festgeschrieben. In der Konsequenz hatten die Krankenhäuser in dieser Phase kaum qualitative oder strukturelle Restriktionen bei der Leistungserstellung zu beachten.

Der Rückgang der beschäftigten Vollzeitkräfte in der Pflege und später auch Defizite im Bereich der Hygiene blieben nicht lange politisch unbeachtet. Etliche Skandale im Zusammenhang mit einer Unterausstattung an Personal, Hygienemängeln und Behandlungsfehlern erzeugten politischen Handlungsdruck und Zweifel an der Qualität der Krankenhausbehandlung. Trotz der enormen, zusätzlichen Finanzmittel, die die Krankenkassen über die DRG-Fallpauschalen im Zuge des starken Leistungsmengenzuwachstums auch für die Pflege an die Krankenhäuser überwiesen (20 Mrd. Euro an zusätzlichen GKV-Ausgaben

5. BMG: Kennzahlen und Faustformeln (KJ 1/KV45)

6. Vgl. Tuschen und Trefz 2004 sowie Zahlen der AOLG zu den Investitionen auf Landesebene

7. Einen Anhaltspunkt für die Höhe der Gesamtinvestitionen (6 Mrd. Euro) geben die vom DRG-Institut kalkulierten Investitionsbewertungsrelationen

im Krankenhausbereich zwischen 2004 und 2014), lagen die Pflegevollkraftstellen im Jahr 2014 noch unter dem Niveau des Jahres 2003. Zwar zeigte das Pflegesonderprogramm mit der Förderung von Neueinstellungen parallel zur pauschalierten Finanzierung Wirkung, mit Überführung in den Landesbasisfallwert 2012 gelang es allerdings nur, ca. 60 % der zur Verfügung stehenden Finanzmittel tatsächlich der hochaufwendigen Pflege zuzuordnen. Der Rest wurde preissteigernd auf die Landesbasisfallwerte gerechnet. Seit dem Ende des ersten Pflegesonderprogramms gibt es keine Garantie mehr, dass die neu geschaffenen Pflegestellen auch erhalten bleiben. Ein nach ähnlichem Muster aufgelegtes Hygienesonderprogramm sollte den Defiziten im Bereich der Hygiene mit der Förderung von Neueinstellungen begegnen.

Durch die mit dem KHRG eingeführten Maßnahmen, die mit der Tarifierfinanzierung insbesondere zu einer Erhöhung der Preise geführt haben, haben sich die Fehlanreize in der Finanzierungssystematik noch verschärft. Um die Patienten von unnötigen Operationen und vor Gefahren aus dem unverantwortlichen Betrieb der Krankenhäuser zu schützen, musste die Politik nun regulierend eingreifen.

Fördern und Fordern – die KHS-G-Phase ab 2016

Die im Jahr 2014 weitgehend im Verborgenen tagende Bund-Länder-Arbeitsgruppe nahm sich der Umsetzung der im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD skizzierten Handlungsfelder an. Der Erwartungsdruck war hoch. Zwar wurde im Koalitionsvertrag das Thema der Investitionsfinanzierung nicht angesprochen, dennoch erwartete man nichts geringeres, als dass in wirtschaftlich guten Zeiten im Rahmen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe der großen Koalition auch die Lösung der Frage der Investitionsfinanzierung endlich gelingen könnte. Dass in dieser Frage erneut nicht ein einziger zukunftsweisender Ansatz gefunden wurde, enttäuscht vor diesem Hintergrund umso mehr.

Da die grundsätzliche Leistungsabbildung über DRG-Fallpauschalen und die pauschalierte Vergütung nicht zur Disposition standen, beschränken sich die Maßnahmen des KHS-G in diesem Bereich auf begrüßenswerte Nachsteuerungen im Detail der DRG-Kalkulation (Schaffung einer repräsentativen Kalkulationsstichprobe, bessere Abbildung von Sachkostenanteilen). In anderen Bereichen war die ordnungspolitische Weichenstellung bedeutender und folgte dabei weitgehend dem Credo: „Fördern und Fordern“.

Ende der alternativlosen Politik der „freien Mittel“

Auch das KHS-G stellt, wie das KHRG, den Krankenhäusern umfangreiche zusätzliche finanzielle Mittel in Aussicht (bis 2018 geschätzte 4,6 Mrd. Euro). Im Gegensatz zum KHRG ging es zu Beginn des KHS-G-Gesetzgebungsprozesses bei den zusätzlichen Mitteln allerdings nicht zentral darum, vergangene Veränderungsprozesse nachzufinanzieren, sondern zukünftige Veränderungsprozesse zu gestalten. Anders als in der Vergangenheit sind die Maßnahmen des KHS-G mit der Erfüllung kontrollierbarer Auflagen verbunden, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder auf dem Vereinbarungswege an die Krankenhäuser gestellt werden. Dahinter lag zu Beginn des Gesetzgebungsprozesses die Erkenntnis, dass die alleinige Gabe „freier Mittel“ nach dem Gießkannenprinzip (Wolff et al. 2013) in einem System pauschalierter Vergütungen keines der oben diskutierten Probleme löst. Solange in einem System freier Leistungsmengen pauschaliert finanziert wird, besteht zum einen ein Anreiz zur Leistungsmengenausweitung und zum anderen ein Anreiz zur Kostensenkung im Einzelfall, der auch über einen Rückgang der Qualität der angebotenen Leistung erreicht werden kann. Der ökonomische Anreiz der Pauschale, den Deckungsbeitrag zu optimieren, ist dabei stets der gleiche, unabhängig von der konkreten

Höhe des Preises. Es wäre naiv zu glauben, Krankenhäuser würden z.B. nur deshalb mehr Pflegekräfte einstellen, weil sie aktuell mehr Erlöse erzielen. Der Ende September 2015 von der Krankenhausesseite initiierte Protesttag gegen die Krankenhausreform des KHS-G hat insbesondere den Erhalt dieser „freien Mittel“, wie den im Zusammenhang mit dem Mehrleistungsabschlag stehenden Versorgungszuschlag und dessen Überführung in den Landesbasisfallwert, zum Inhalt. Die seitens der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Anfang Oktober 2015 beschlossenen weiteren KHS-G-Maßnahmen, insbesondere die dauerhafte Tarifierfinanzierung und der Pflegezuschlag, stellen so auch wieder einen Rückfall dar.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat im Bereich Qualität und Struktur einige konsistente Ansätze gefunden. Neben einer preislichen Mengensteuerung auf der Einzelhausebene gelangt auch die Art und Weise der Leistungserstellung der Krankenhäuser unter einem erweiterten Qualitätsaspekt wieder in den Fokus der Betrachtung zurück. Nicht die Ergebnisqualität allein entscheidet darüber, was eine gute Leistung ist, sondern auch die Art und Weise, unter welchen Mindeststandards diese Leistung erbracht wird, wird wieder relevant. Ein Umstand, der auch in anderen Bereich der Wirtschaft zunehmend an Bedeutung gewinnt. Kleidung oder Lebensmittel zu kaufen, trägt für viele Konsumenten mittlerweile neben Preis und materieller Qualität der Ware noch einen weiteren Qualitätsaspekt im Hinblick auf die Art der Erzeugung.

Rückkehr der Hausebene

Die Lösung des Mengenproblems kann nach der Frage der Investitionsfinanzierung als das drängendste Problem der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gesehen werden. Als Reflex auf die oben diskutierten Gründe der Mengenausweitung prägten von Krankenhausesseite insbesondere zwei Schlagworte die Debatte: „doppelte Degression“ und „Kollektivhaftung“ (Baum 2015). Bei der doppelten Degression handelt es sich um die Überschneidung von krankenhausesindividuellen, mengensteuernden Maßnahmen über den Preis (Mehrleistungsabschlag) mit preisbildenden Mechanismen im Zuge der Landesbasisfallwertverhandlungen auf Grundlage des selben Tatbestandes (Leistungsmengenzuwachs). Sowohl über den Mehrleistungsabschlag als auch über die Degression im Landesbasisfallwert wurden zusätzliche Leistungen nur anteilig finanziert (über Mehrleistungsabschläge zeitlich befristet, über den Landesbasisfallwert dauerhaft). Ein Umstand, den die Krankenhausverbandsseite erfolgreich genutzt hat, um gegen die doppelte Degression politisch Stimmung zu machen. Ziel der Krankenhausverbandsseite war in diesem Zusammenhang stets die Abschaffung der Degression im Landesbasisfallwert, die mit durchschnittlichen 500 Mio. Euro jährlicher, basiswirksamer Abzüge gegenüber 150 Mio. Euro⁹ jährlich nicht basiswirksamer Mehrleistungsabschläge das finanziell bedeutendere Ziel einer gesetzlichen Änderung darstellte.

Um die Politik in diese Richtung zu lenken, bedurfte es daher eines zweiten Kampfbegriffs, den der „Kollektivhaftung“. Da über die Degression im Landesbasisfallwert die preisdämpfende Wirkung als Saldo aller Leistungsmengenzuwächse über die Preisverhandlung des Landesbasisfallwerts auf alle Krankenhäuser gleichermaßen wirkt, wurde dies als ungerechte Kollektivhaftung tituliert. Da auch preiserhöhende Tatbestände über den Landesbasisfallwert für alle Krankenhäuser gleichermaßen kollektiv wirken, kann das Vorgehen gegen die Kollektivhaftung nur als Ablehnung des Prinzips „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ interpretiert werden. Dies verwundert, ersetzte doch dieses Prinzip die

8. 23.09.2015: Aktionstag: „Krankenhaus-Reform – So nicht!“ (www.dkgev.de)
9. Annahmen: 50 % Degressionswirkung im Landesbasisfallwert vs. 25 % Mehrleistungsabschlag

als ungerecht empfundenen hausindividuellen Budgets vor Einführung des DRG-Systems. Die Leistungsmengenentwicklung wird ab 2017 mit dem krankenhausindividuellen Fixkostendegressionsabschlag zumindest temporär wieder zu unterschiedlichen Krankenhauspreisen führen. Ein echtes Ende der Kollektivhaftung, egal ob positiv oder negativ, würde dem Ende der Finanzierung über den Landesbasisfallwert und damit auch dem Ende der Begründungsfreiheit des Leistungsmengenzuwachses des einzelnen Krankenhauses gleichkommen.

Die im KHSG vorgesehenen Maßnahmen definieren Preisbildung und Mengensteuerung neu. Die Abschaffung der Degression im Landesbasisfallwert verändert die Preisverhandlungen hinsichtlich Art und Ergebnis ebenso nachhaltig wie der Umstand, dass die tatsächlich durch den Orientierungswert gemessene Preissteigerung schon seit vier Jahren unter der Grundlohnrate liegt und aus diesem Grunde 2014, 2015 und 2016 die höhere Grundlohnrate als Preisobergrenze herangezogen wurde („Meistbegünstigungsklausel“).¹⁰ Ein Umstand, der sachlich und fachlich nicht begründbar ist und zu enormen, ungerechtfertigten Mehrausgaben führt.

Die Mengensteuerung wird zukünftig im Wesentlichen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses durch einen „Fixkostendegressionsabschlag“ vorgenommen, der in seiner Höhe eine ausgabenneutrale Umstellung von der Landes- auf die Hausebene ermöglichen soll. Dabei ist schnell ersichtlich, dass es nicht möglich sein wird, unter Zugrundelegung bisheriger Steigerungsraten einen dauerhaften, basiswirksamen Abschlag auf zusätzliche Leistungen in Höhe von ca. 50 %, der der Preisbildung diene, durch einen zeitlich begrenzten Abschlag zur Mengensteuerung zu ersetzen, der auch noch von zahlreichen Ausnahmetatbeständen begleitet wird. Spätestens nach Ablauf des Fixkostendegressionsabschlages wird es zu Mehrkosten in relevanter Höhe für die GKV kommen, es sei denn, das System der Mengensteuerung auf der Hausebene stoppt das Leistungsmengenzuwachstum im Saldo auf der Landesebene komplett. Durch den Wechsel auf die Hausebene mittels Fixkostendegressionsabschlägen werden dabei sowohl positive Aspekte des Wettbewerbs um Patienten (Zunahme von Leistungen qualitativ guter Kliniken) als auch negative Aspekte des Wettbewerbs (Leistungserbringung aus wirtschaftlichen Gründen) ausgeschaltet. Vor- und Nachteile der neuen Preisbildungs- und Mengensteuerungsmechanismen für die verschiedenen Akteure müssen sich im Zusammenspiel und in der konkreten Ausgestaltung erst zeigen. Ein Versuch, den Qualitätswettbewerb an anderer Stelle kompensatorisch zu beleben, kann in der Möglichkeit gesehen werden, Qualitätszu- und -abschläge zu zahlen

und Qualitätsverträge zu schließen.

Flankierend zur Preissteuerung auf der Krankenhausebene wurde über das GKV-VSG¹¹ im Jahr 2015 ein Zweitmeinungsverfahren implementiert, um die Indikationsstellung zu validieren. Der preislichen Steuerung wird damit ein Aspekt der qualitativen Mengensteuerung an die Seite gestellt.

Strukturen schaffen und erhalten

Als weitere Richtungsentscheidung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform kann die Ergänzung des Qualitätsbegriffs um Mindeststrukturvorgaben gesehen werden. Dies zeigt sich beispielsweise in der Diskussion um das zweite Pflegesonderprogramm. Gleichet sich die im KHSG angelegte Programmphase noch, so steht am Ende des Programms im Zusammenhang mit der Überführung der Mittel des Sonderprogramms in die Regelversorgung nicht mehr zwangsläufig die pauschalierte Vergütung. Ebenso wahrscheinlich sind Mindestvorgaben der Personalbemessung. Auch die Krankenkassen stehen diesen Instrumenten in qualitätskritischen Bereichen nicht mehr generell ablehnend gegenüber.¹² Das Wissen, dass mittlerweile das nunmehr vierte Sonderprogramm (1. und 2. Pflegeförderprogramm sowie 1. und 2. Hygieneförderprogramm) finanziert werden muss, mündet in der Erkenntnis, dass die Finanzierung von qualitätskritischen Mindeststandards in der Zukunft der nachhaltigere Weg sein könnte. Der Illusion, dass Fallpauschalen mit quasi „befreiender Wirkung“ auf den Produktionsprozess finanziert werden, gibt sich auf Krankenkassenseite niemand mehr ernsthaft hin. Auch aus Sicht der Krankenhäuser bieten prüfbare Mindeststandards Vorteile. Zum einen begrenzen sie den sogenannten „Kellertreppeneffekt“ der Kalkulation von der Kostenseite, wichtiger jedoch, sie schränken zum anderen den im Kontext einer pauschalierten Vergütung bestehenden ökonomischen Verfügungsspielraum ein und sichern so Ressourcen.

10. Vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum KHSG vom 20.08.2015, <https://www.bundestag.de/blob/386080/0348ddcfe31811b660017a01f8f7c66c/gkv-spitzenverband-data.pdf> (13.11.2015)

11. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)

12. Vgl. GKV-Spitzenverband: Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung. Positionen des GKV-Spitzenverbandes, beschlossen vom Verwaltungsrat am 03.09.2014. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_QualitaetsorientierteVersorgungssteuerung.pdf (13.11.2015).

Literatur

- Baum G. Wie geht es weiter mit der Krankenhausreform? Das Krankenhaus 2015 (9). Deutsches Krankenhausinstitut (DKI). Blum K, Offermanns M. Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern. Dezember 2012. https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/einflussfaktoren_des_fallzahl_und_case_mix-anstiegs_in_deutschen_krankenhaeusern.pdf (13.11.2015).
- hche. Endbericht: Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. 2014. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung_und_mengensteuerung/mengenenentwicklung_und_mengensteuerung_1.jsp (13.11.2015).
- IGES-Institut. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Absatz 8 KHG – Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 - 2010). 2013. www.g-drg.de
- Klein-Hitpaß U, Scheller-Kreinsen D, Leber WD. Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser. G+G Wissenschaft 2015 (3).
- Mostert C, Friedrich J, Leclercq G. Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 303-324.
- Rheinisch-Westfälisches Institut (RWI). Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Projektbericht 2012. HYPERLINK „http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_GKV_Menge_stat_Leistung.pdf“ www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_GKV_Menge_stat_Leistung.pdf (13.11.2015).
- Schäfer T, Pritzkeleit R, Hannemann F, Günther KP, Malzahn J, Niethard F, Krause R. Trends und regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Wirbelsäulenoperationen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2013. Stuttgart: Schattauer 2013; 111-133.
- Scheller-Kreinsen D, Krause F. Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Fahrzeiten, Krankenhauserreichbarkeit und -kapazitäten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 23-39.
- Schönstein M, Kumar A. Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries. 2013. HYPERLINK „<http://www.oecd.org/health>“ www.oecd.org/health (13.11.2015).
- Tuschen KH, Trefz U. Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart: Kohlhammer 2004.
- Wolff J. Der Preis macht die Menge. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2012; 29 (2): 138-142.
- Wolff J, Klein-Hitpaß U, Scheller-Kreinsen D. Das Ende der Gießkannenpolitik. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2013; 30 (2): 196-199.

Eine weitere Maßnahme des KHSG in Richtung der Finanzierung von Strukturen betrifft die geplanten Zuschlägen im Zusammenhang mit Mehrkosten von personellen und sachlichen Mitteln aufgrund von Richtlinien des G-BA, die noch nicht bei der Kalkulation der Fallpauschalen oder der Zusatzentgelte berücksichtigt werden konnten. Zwar wird diese Regelung durch die Krankenkassen sehr kritisch gesehen, da der G-BA in seinen Richtlinien nur Mindeststandards festlegt, sich mithin keine Finanzierungsverpflichtungen ergeben dürften, dennoch folgt der Ansatz der Logik, übergangsweise zweckgebundene Anforderungen zu finanzieren und – wichtiger – in Verbindung mit den geplanten Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zukünftig auch zu kontrollieren und bei Nichtvorliegen zu sanktionieren. Ob also zukünftig bspw. entsprechend qualifizierte Pflegekräfte Früh- und Reifgeborene pflegen¹³, jedes Krankenhaus, das Aortenklappenersatz implantieren möchte, auch eine Herzchirurgie hat¹⁴, oder ob Krankenhäuser die vom G-BA beschlossenen Mindestmengen einhalten, wird zukünftig sichergestellt. In der Wirkung auf die Strukturen der Krankenhäuser dürfte die Übergangsfinanzierung von Anforderungen aus G-BA-Richtlinien hinter die faktische Wirkung der Kontrolle von qualitativen Mindeststandards durch den MDK und deren Sanktionierung bei Unterschreitung zurücktreten. Ohne entsprechende Strukturen drohen zukünftig Sanktionen. Eine Qualitätssicherung mit Konsequenzen, die dem Grundsatz des Förderns und Forderns folgt, sofern es um neue Anforderungen geht.

Auch die mit dem KHSG in Angriff genommene Konkretisierung der Zu- und Abschläge im Rahmen des DRG-Systems (Wolff et al. 2013) folgt der Zuweisung der Mittel nur bei Vorliegen wünschenswerter Strukturen. Liegen solche Versorgungsangebote nicht in allen Krankenhäusern gleichermaßen vor und können diese deshalb nicht über die Fallpauschalen vergütet werden, sind krankenhausspezifische Zuschläge vorzusehen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Krankenhaus einen Sicherstellungszuschlag erhalten soll oder wenn ein Krankenhaus in unterschiedlichem Ausmaße an der Notfallversorgung teilnimmt. Auch die Übernahme von bestimmten Funktionen im Rahmen des Zentrumskonzepts kann förderungswürdig sein. Über den G-BA und Vereinbarungen der Selbstverwaltung sollen diese Konzepte konkretisiert und gezielt finanziert werden. Das Geld folgt in diesen Bereichen der Struktur. Bemerkenswert ist, dass derartige Vorgaben, die originären Aufgaben der Krankenhausplanung der Bundesländer darstellen, nunmehr auf Bundesebene konkretisiert werden. Dies kann als Zeichen gedeutet werden, dass auch nicht mit einem gestalterischen Neubeginn der Bundesländer in der Krankenhausplanung aus eigener Kraft zu rechnen ist.

Das eigentliche Novum des KHSG in Bezug auf die Strukturen ist aber der Strukturfonds (Klein-Hitpaß et al. 2015). Nachdem die Idee eines Strukturfonds bereits Ende 2013 im Vorabentwurf des Koalitionsvertrages skizziert, in letzter Minute aber wieder gestrichen wurde, wurde diese im Folgejahr in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wieder auf die politische Agenda gehoben. Ab 2016 soll auf Bundesebene ein Strukturfonds errichtet werden, aus dem strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Neben dem Abbau bzw. der Umwidmung von Kapazitäten können auch strukturverbessernde Investitionen mitfinanziert werden, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben. Hierfür werden 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds abgezogen. In Anbetracht eines Ausgabevolumens

von 70 Mrd. Euro für vollstationäre Behandlung mutet das Volumen gering an, dennoch werden auch hier Finanzmittel bereitgestellt, um Versorgungsstrukturen zukünftig zu verbessern. Dass dieses Gesetz tatsächlich zum Abbau von Überkapazitäten führen wird, ist aber mehr als fraglich.

Umsetzungsfragen

Das KHSG liefert im Bereich Qualität und Struktur erstmals in neuem Umfang konsistente Ansätze. Inwieweit diese Ansätze funktionieren, wird sich insbesondere daran entscheiden, wie konsequent die Gedanken umgesetzt werden. Die in der letzten Phase der Gesetzgebung gemachten Zugeständnisse an „freien Mitteln“, insbesondere die dauerhafte Tarifraten und der Pflegezuschlag, sind als Rückfall in alte Denkmuster zu bewerten und politisch begründet.

Die Ansätze im Bereich der Mengensteuerung folgen der Idee, Mengen über Preise zu steuern und dabei – zehn Jahre und zwei aufwendigen Konvergenzphasen auf Landespreise und Bundeskorridor später – wieder verstärkt die Ebene des einzelnen Krankenhauses zu adressieren. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Wechsel der Steuerungsebene die Mengendynamik auf ein tolerierbares Maß bremst, oder ob er die Krankenhauslandschaft lediglich strukturkonserviert und damit auch die positiven Aspekte des Wettbewerbs hemmt.

Die Entscheidung, zukünftig stärker konkrete Mindeststandards zu finanzieren und zu kontrollieren, kann als zentrale Idee des KHSG bezeichnet werden; egal ob im Bereich des Personals, der Zu- und Abschläge, der Umsetzung von G-BA-Beschlüssen oder im Strukturfonds. Der Grundsatz, dass das Geld der Leistung, also dem abgerechneten Fall folgt, wird in seiner bisherigen Totalität begrenzt und um den Grundsatz, dass das Geld den Strukturen folgt, ergänzt. Entscheidend wird allerdings sein, ob es tatsächlich gelingt, bestehende Mindeststandards auch konsequent zu kontrollieren. Nur der Dreiklang aus Fördern, Fordern und (Vor)Finden zeitigt den notwendigen Erfolg im Hinblick auf die gewünschten Mindeststrukturen.

Im Bereich der Investitionsfinanzierung bietet das KHSG keine Antworten. Fraglich ist, ob der geschaffene Strukturfonds zukünftig ein Einstieg in eine monistische Finanzierung der Investitionen ist. Ein Mitspracherecht der Krankenkassen im Sinne eines Vetorechts ist bereits implementiert. Wie mit den aktuell ca. 3,5 Mrd. Euro umgegangen wird, die heute bereits schon aus Betriebsmitteln fehlverwendet werden, bleibt offen.

Die größten Gefahren aus dem KHSG liegen im zukünftigen Umgang mit der Frage der Preisbildung. Insbesondere die Frage einer relevanten Obergrenze und ihre Ermittlung wird die Ausgabenentwicklung in den folgenden Jahren mitbestimmen. <<

13. Vgl. G-BA-Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

14. Vgl. G-BA-Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen

From Hospital Funding Reform Act to Hospital Structure Reform Act – focusing on hospital structure

The upcoming Hospital Structure Reform Act 2015 (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) addresses structural changes in quality and the demand-orientated improvement of capacities of inpatient care. This is an improvement over previous reforms such as the Hospital Funding Reform Act 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) which tended to focus on refinancing hospital costs. Rather than barely handing out money to the hospitals by increasing the price (baserate), leading to an increase in hospital spending in recent years, the KHSG takes a different approach. The quality oriented KHSG-measures will have consequences for the reimbursement of the hospitals. The federal joint committee will now set a framework for the German Bundesländer by modifying hospital planning on a federal level. Furthermore overcapacities will be countered with a structural fund (500 Mio. Euro financed by the statutory health insurance funds). In the coming years the structural fund will be used for restructuring and reduction of capacities in the hospital market. At the end of the legislation process in 2015, due to increasing lobbying by the health providers the policy makers added (once again) price-increasing measures to the KHSG, which obscures the original idea of the reform. A consistent pricing system is still missing. The implementation of the hospital reform must now show whether the original idea to improve the quality and structure of inpatient care significantly, is hindered by the deficits in the context of pricing.

Keywords

Hospital reform, Price, Quality, Baserate, DRG

Autorenerklärung

Johannes Wolff und Uwe Klein-Hitpaß sind Mitarbeiter des GKV-Spitzenverbandes in Berlin. Der Beitrag entstand im Rahmen ihrer Tätigkeit dort.

Dipl.-Volksw. Johannes Wolff

1999 – 2003 Studium der Volkswirtschaftslehre an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. 2004 bis 2008 Referent und Referatsleiter im AOK-Bundesverband. 2008 bis 2009 Referent in der Abteilung Krankenhäuser im GKV-Spitzenverband. Seit 2010 Referatsleiter Krankenhausvergütung in der Abteilung Krankenhäuser im GKV-Spitzenverband.

Kontakt: johannes.wolff@gkv-spitzenverband.de



Dipl.-Volksw. Uwe Klein-Hitpaß

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin. 2005 bis 2009 Referent bei der Berliner Krankenhausgesellschaft im Bereich Krankenhausfinanzierung und Pflegesatzverfahren sowie im Jahr 2008 zusätzlich im Bereich Pflegeeinrichtungen. Seit 2009 Referent im Referat Krankenhausvergütung in der Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes. Kontakt: uwe.klein-hitpass@gkv-spitzenverband.de

