

KICK-OFF

© photoopus – stock.adobe.com

Kick Off

Krankenhaus (betriebskosten) reform

Von Vicky Pfirsig, Sebastian Draeger und Jens Bussmann

Der nachfolgende Beitrag erläutert den Standpunkt des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) zur Stellungnahme der Regierungskommission zur Krankenhausreform.

Keywords: Gesundheitspolitik, Finanzierung, Strategie

Bereits im Sommer soll der mit Spannung erwartete Gesetzentwurf für eine umfassende Krankenhausreform vorgelegt werden. In den nächsten Monaten werden Bund und Länder diesen Vorschlag gemeinsam erarbeiteten. Arbeitsgrundlage ist die Stellungnahme der Regierungskommission, welche am 6. Dezember 2022 vorgestellt wurde und Empfehlungen für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung“ enthält. Zentraler Inhalt: Die Modifikation des seit 20 Jahren bestehenden DRG-Systems. Dieses soll um eine leistungsunabhängige Vorhaltefinanzierung ergänzt werden. Der neue Vergütungsstrang soll an Level und Leistungsgruppen gekoppelt werden. Die Empfehlungen gehen somit über eine Reformierung der Krankenhausfinanzierung hinaus.

Dies ist sinnvoll, denn Finanzierung und Planung sollten Hand in Hand gehen. Eine Finanzierung von Vorhaltekosten sollte sich an der Vorhaltung von strukturellen Voraussetzungen und am künftigen Versorgungsbedarf orientieren.

Die Vorschläge der Regierungskommission sollen dieses Zielbild nun zur Wirklichkeit werden lassen. Als Ausgangsgrundlage analysiert die Kommission die vorherrschende Problemlage treffend. Die aktuelle Versorgungslandschaft ist nicht durchgehend auf die tatsächlichen Bedarfe und die notwendigen strukturellen Voraussetzungen ausgerichtet. So zeigen sich Über- (z. B. in Großstädten), Unter- (insbesondere in ländlichen Regionen) und Fehlversorgung (u.a. an der Sektorenschnittstelle). Dies resultiert auch aus der Notwendigkeit der Leistungserbringer, ihr Leistungsangebot nach wirtschaftlichen Aspekten ausrichten zu müssen. Grund dafür sind insbesondere die Anreize des DRG-Systems und die mangelnde Investitionsfinanzierung. Gleichzeitig ist ein Mangel an Fachkräften zu verzeichnen, der auch aus einem im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Leistungsange-

bot im stationären Bereich resultiert. Dieser Mangel geht seit Jahren mit einem stetigen Anstieg an Bürokratie einher, welcher ebenfalls Fachkräfte bindet.

Ausgehend von diesen Gegebenheiten ist der Reformbedarf im Krankenhauswesen unbestritten. Die Vielfältigkeit der Herausforderungen macht zudem deutlich, dass kleinteilige Einzelregelungen hierfür nicht ausreichend sind. Vielmehr wird ein nachhaltiges Gesamtkonzept benötigt. Viele Akteure bewerten die Empfehlungen der Regierungskommission daher auch als grundsätzlich geeigneten Ansatz. Diskussionsbedarf und offene Fragen ergeben sich allerdings, wie nachfolgend dargestellt, bei der Ausgestaltung im Detail.

Leistungsgruppen

Kern der Empfehlungen bilden Leistungsgruppen. Sie sind Grundlage für die Vorhaltefinanzierung. Die Kommission sieht hierfür 128 Leistungsgruppen vor. Die Abrechnung einer Leistung soll nur möglich sein, wenn das Krankenhaus der entsprechenden Leistungsgruppe zugeordnet wurde. Voraussetzung für solch eine Zuordnung ist die Erfüllung von

bestimmten Strukturvorgaben (z.B. personelle und apparative Ausstattung). Die Strukturvorgaben und somit auch die Leistungsgruppen bauen aufeinander auf und unterscheiden sich je nach Art und Komplexität der Leistungsgruppe.

Zielsetzung der Empfehlung ist es, Versorgungsaufträge sachgerechter als bisher voneinander abzugrenzen. Durch die gestuften Leistungsgruppen, denen konsequenterweise auch unterschiedliche (Kosten-)Strukturen unterliegen, sollen Ressourcen sachgerechter auf die Leistungserbringer verteilt werden. Gleichzeitig wird die Versorgungsqualität verbessert, da der Versorgungsauftrag an die Einhaltung von Strukturvoraussetzungen gekoppelt wird. Die Zuordnung zu einer „komplexen“ Leistungsgruppe setzt dabei voraus, dass die Voraussetzungen für die zugehörige „einfache“ Leistungsgruppe eingehalten werden. Gerade für Universitätsklinika mit ihrem übergeordneten Auftrag in Forschung, Lehre und Weiterbildung ist diese Festlegung von Bedeutung.

Die Kommission empfiehlt, eine Differenzierung der Leistungsgruppen nach ICD- und OPS-Codes. Die Definition soll von einem unabhängigen, an das InEK assoziierten Ausschuss festgelegt werden. Besetzung, Arbeitsweise und Anbindung werden allerdings noch nicht näher spezifiziert. In jedem Fall ist davon auszugehen, dass es eine sehr umfangreiche Aufgabe sein wird, die Zusammenhänge zwischen ICD-/OPS-Katalog, rund 1.300 DRGs und 128 Leistungsgruppen herzustellen. Auch die Differenzierung der Strukturansforderungen und der damit einhergehende Vorhalteaufwand muss sachlich begründet vorgenommen werden. Wichtig ist es, dass die Strukturvoraussetzungen realistisch und erfüllbar bleiben. Es sollte berücksichtigt werden, was leistbar ist und welche Auswirkungen sich daraus auf das Versorgungsgeschehen ergeben. So muss bei der Festlegung etwa das Spannungsfeld zwischen der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und der Lage auf dem Arbeitsmarkt berücksichtigt werden. Ebenfalls sollte auf Erfahrungen aus den OPS-Strukturprüfungen zurückgegriffen werden. Demnach dürfen

die Kriterien keine unbestimmten Rechtsbegriffe enthalten. Dies gilt sowohl für die Strukturvorgaben als auch für die Kriterien zur Ermittlung des entsprechenden Vorhaltekostenanteils.

Level (Versorgungsstufen)

Neben den Leistungsgruppen schlägt die Kommission drei Level vor. Innerhalb der Level erfolgt eine weitere Unterteilung nach besonderen Versorgungsaufgaben sodass insgesamt fünf Stufen definiert werden müssen.

- *IIIIU* Universitätsmedizin
- *III* Nicht-universitäre Maximalversorger
- *II* Basisbehandlung + weitere Leistungsgruppen
- *In* Sicherstellungsauftrag der stationären Basis- und Notfallversorgung
- *Ii* integrierte ambulant/stationäre Krankenhäuser

Die Level sollen wie die Leistungsgruppen mit bundeseinheitlichen Mindeststrukturvoraussetzungen hinterlegt werden. Die Zuordnung eines Krankenhauses zu einem Level ist die Voraussetzung für die Zuordnung zur jeweiligen Leistungs-

„In jedem Fall ist davon auszugehen, dass es eine sehr umfangreiche Aufgabe sein wird, die Zusammenhänge zwischen ICD-/OPS-Katalog, rund 1.300 DRGs und 128 Leistungsgruppen herzustellen.“

gruppe und die damit einhergehende Vorhaltefinanzierung. Die weiteren Unterteilungen nach besonderen Aufgaben innerhalb der dreiteiligen groben Levelteilung bildet mit den Leistungsgruppen ein weiteres Strukturierungselement, welches dabei helfen kann, die Versorgungsqualität bei komplexen Leistungen zu steigern und die wohnortnahe Versorgung nachhaltig zu sichern.

Mit der Differenzierung innerhalb des Level *III* wird über das Level *IIIIU* die besondere Rolle der Universitätsmedizin für die Patientenversorgung betont. Aufgeführt werden hierfür „Aufgaben der überregiona-

len Koordination/Steuerung, System- und Zukunftsaufgaben (z. B. Pandemic-Preparedness-Infrastruktur für Krankenversorgung), Erhalt und Weiterentwicklung des Fächerspektrums (u.a. Weiterbildungsbezeichnung auch in „kleinen Fächern“). Entwicklung und Umsetzung von Translation und Innovation. Entwicklung, Evaluation und Implementierung regionaler Versorgungsnetze und präventiver Public-Health-Konzepte. Vorhaltung für seltene Erkrankungen. Umfassende Pflege-Ausbildungsstätten. Sozialdienst.“ Die Kommission sieht vor, die „Vorhaltung der Universitätsmedizin für diese Aufgaben“ zusätzlich zu vergüten. Damit würde sich das deutsche Krankenhausfinanzierungsrecht an das Vorgehen anderer Länder angleichen, die die besondere Rolle der Universitätsmedizin schon heute zusätzlich finanzieren.

Die Empfehlungen der Kommission sehen außerdem eine enge Kooperation zwischen den Leveln vor. Sinnvoll ist hierbei auch, dass die Empfehlungen ausdrücklich vorsehen, dass den Universitätsklinika mit der Koordination der regionalen Versorgung und Unterstützung an-

derer Krankenhäuser eine besondere Rolle in diesem Versorgungsnetzwerk zukommt. Innerhalb dieser Netzwerke können zudem die Chancen der Digitalisierung über telemedizinische Behandlungen oder Beratungsleistungen genutzt werden. So kann die besondere Expertise der Universitätsmedizin in die breite Fläche gebracht werden. Modellprojekte wie das Virtuelle Krankenhaus NRW zeigen die Möglichkeiten.

Die Einhaltung der Strukturvorgaben für die Level und Leistungsgruppen soll durch den Medizinischen Dienst geprüft werden. Offen sind hierbei die Häufigkeit und die Konsequenzen bei Nichteinhaltung ►

(auch temporär). Durch die Prüfung der Anforderungen wird sich der bürokratische Aufwand der Krankenhäuser abermals erhöhen. Es besteht dann die Gefahr, dass die angedachten Strukturvorgaben nicht zu bisher bestehenden Regularien (wie PPU, PPR, G-BA-RL) passen. Falls diese aktuell bestehenden Bürokratielasten, die eine ähnliche

Leistung der Pflegepersonalkosten kam es zu umfangreichen Diskussionen, welche Kosten den DRGs und welche den Pflegebudgets zugeordnet werden müssen. Ebenfalls offen bleibt, auf welchem Kostenvolumen der Anteil der Vorhaltekosten ermittelt wird. Hierfür wären die Zusammenhänge zwischen den rund 1.300 DRGs und 128 Leistungsgruppen,

Leistungsgruppe. Das Zielbild ist richtig, die Empfehlungen bedürfen allerdings noch einer weiteren Konkretisierung. Zudem ist anzumerken, dass die Verteilung der Vorhaltebudgets unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten zwar wünschenswert ist, aber Herausforderungen bei der Operationalisierung bestehen. Die Qualitätsmessung auf Basis von Abrechnungsdaten, lässt beispielsweise keine vollständige und sachgerechte Risikoadjustierung zu. Die Kommission hat bereits angekündigt, hierauf in einer gesonderten Stellungnahme einzugehen. Noch offen ist, welche Instanz festlegt, wie hoch das Vorhaltebudget der einzelnen Krankenhäuser tatsächlich ist.

„Die ‚neue‘ Vorhaltefinanzierung soll nach den Empfehlungen der Kommission nicht durch zusätzliche Mittel erfolgen, sondern durch entsprechende Kürzung der Fallpauschalen.“

Zielrichtung wie die Strukturvorgaben der Level und Leistungen haben, jedoch gleichzeitig abgebaut werden, könnte dies die bis dato umfassendste Maßnahme für eine Entbürokratisierung im Krankenhausbereich darstellen.

Vorhaltefinanzierung

Die „neue“ Vorhaltefinanzierung soll nach den Empfehlungen der Kommission nicht durch zusätzliche Mittel erfolgen, sondern durch entsprechende Kürzung der Fallpauschalen. Aus Kassensicht wäre die Umstellung somit ausgabenneutral, aus Sicht der Krankenhäuser würde sie mit Umverteilungseffekten einhergehen. Zur Bestimmung des Ausgliederungsvolumens soll für jede Leistungsgruppe ein prozentualer, initial normativ festgelegter Anteil an Vorhaltekosten aus dem bisherigen aDRG-Erlösvolumen ausgegliedert werden. Für die Leistungsgruppen der Intensivmedizin, der Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie wird ein 60-prozentiger Vorhalteanteil empfohlen, für alle übrigen Leistungsgruppen ein 40-prozentiger Vorhalteanteil (jeweils inkl. Pflege).

Dass das Gesamtbudget umverteilt und nicht erhöht werden soll, ist vor dem Hintergrund der knappen Ressourcen nachvollziehbar. Allerdings wird die Problematik der fehlenden Investitionsfinanzierung hierdurch nicht aufgehoben. Offen ist, wie bei der praktischen Umsetzung die Ausgabenneutralität gewährleistet werden kann. Auch bei der Ausgliederung

die wiederum den drei Versorgungsebenen zugeordnet werden sollen, herzustellen. Welche Veränderungen sich dadurch für die InEK-Kalkulation und den aDRG-Katalog ergeben würden ist unklar.

Die Auszahlung der Vorhaltebudgets auf die einzelnen dafür infrage kommenden Krankenhäuser soll nach den Empfehlungen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erfolgen. Hierfür sollen die Bundesländer eine Einteilung „ihrer“ Krankenhäuser nach Level und Leistungsgruppen vornehmen. Das Vorhaltebudget soll somit aus den lokalen Verhandlungen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern herausgehalten werden. Dies ist ein guter Beitrag, um die lokalen Budgetverhandlungen nicht weiter zu belasten.

Durch die von der Kommission vorgeschlagene Systematik soll der Anreiz zur Bündelung von Leistungsgruppen auf einen Standort gesetzt werden (z.B. durch Tausch). Diese Schwerpunktbildung soll durch eine Neuauflage des Strukturfonds unterstützt werden. Dies ist sinnvoll, damit notwendige Strukturveränderungen auf den Weg gebracht werden können. Hierbei sind dringend auch weitergehende Rechtsfragen (z. B. berufsrechtliche) zu klären. Ebenfalls sollten Bedingungen festgelegt werden, unter denen ein solcher „Tausch“ stattfinden soll.

Fazit

Die bestehenden Herausforderungen des Krankenhauswesens können nicht ohne Reformierung bewältigt werden. Ziel muss eine bessere Medizin sein. Auch wenn die

„Auch wenn die rechtliche Kompetenz für Krankenhausplanung und Betriebskostenfinanzierung formal zwischen Bund und Ländern aufgeteilt ist, muss zukünftig beides verstärkt Hand in Hand gehen.“

In der Startphase soll sich die Verteilung der Finanzmittel an den jeweiligen IST-Fallzahlen der Krankenhäuser orientieren. Im Zielzustand an drei Komponenten: Parameter der zu versorgenden Bevölkerung, Parameter der Prozess- und Ergebnisqualität und längerfristige Entwicklung der Leistungsmenge in einer

rechtlichen Kompetenz für Krankenhausplanung und Betriebskostenfinanzierung formal zwischen Bund und Ländern aufgeteilt ist, muss zukünftig beides verstärkt Hand in Hand gehen. Bund und Länder haben sich hierfür das ehrgeizige Ziel gesetzt, bis zum Sommer einen gemeinsamen Gesetzentwurf vorzulegen.

gen. Grundlage für die Gespräche sind die Empfehlungen der Regierungskommission. Sie enthalten gute Vorschläge für eine ganzheitliche und auf Versorgungsstufen aufbauende Reform der Krankenhausfinanzierung mit den Universitätsklinikum als Spitze der Versorgung. Sie machen insbesondere die notwendige Schärfung und Abgrenzung des Versorgungsauftrags von Krankenhäusern deutlich.

Die Etablierung eines Level IIIU für die Universitätsmedizin ist von hoher Bedeutung, um dort auch die entsprechenden übergeordneten Aufgaben wie Koordinierung des Versorgungsgeschehens rechtlich verankern und finanziell absichern zu können. Den Mangel an Fachkräften und Investitionsfinanzierung können die Reformvorschläge zwar nicht direkt lösen, jedoch kann eine Zentralisierung dazu beitragen, die knappen Ressourcen im Personal- und Finanzbereich zukünftig mehr zu bündeln und effizienter einzusetzen.

Durch die empfohlene Mischfinanzierung von Vorhaltebudget, Fallpauschalen und Pflegebudget wird die Komplexität der Krankenhausfinanzierung nicht vermindert. Die Prüfung von Strukturkriterien bietet jedoch die Chance, die aktuell kleinteilige Prüfstruktur bei G-BA Richtlinien, OPS-Strukturkodes und bei Einzelfallprüfungen zu reformieren, so dass tatsächlich generelle Strukturforderungen gebündelt an den Krankenhäusern geprüft werden könnten.

Die grundsätzliche Richtung der Empfehlungen ist richtig. Diskussionsbedarf ergibt sich in den Details. Maßgeblich wird somit die konkrete gesetzliche Umsetzung sein. Insbesondere gilt dies für die rechtssichere Festlegung (und Prüfung) von Leveln, Leistungsgruppen und Vorhaltebudget bei gleichzeitiger Ausgabenneutralität.

Hierbei sind immer auch die Schnittstellen in andere Bereiche zu beachten. Die verschiedenen Rege-

lungen müssen aufeinander abgestimmt ineinandergreifen. Dies gilt etwa für die sektorenübergreifende Planung, die Investitionsfinanzierung und den Umgang mit der unzureichenden Refinanzierung von Kostensteigerungen und Tarifierhöhungen. ■

Vicky Pfrsig

Referentin

Krankenhausfinanzierung und -planung

Sebastian Draeger

Stellv. Leiter der Geschäftsstelle

Jens Bussmann

Generalsekretär

Verband der Universitätsklinikum

Deutschlands e.V.

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

NEUE PERSPEKTIVEN GEWINNEN

Der Gesundheitsmarkt verändert sich explosionsartig. Das Buch beschreibt Perspektiven und Neuentwicklungen für Versorgungskonstellationen und fokussiert damit auf den aktuellen Stand. Betrachtet werden die Bedeutung, die Rolle und die Chancen für eine Weiterentwicklung von Medizinischen Versorgungszentren einschließlich der rechtlichen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für deren Gründung und Adaption an veränderte Rahmenbedingungen.

Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

Medizinische Versorgungs- und Gesundheitszentren

Bedeutung, praktische Umsetzung, Perspektiven

Softcover, 1. Auflage 2023, 324 Seiten,

ISBN 978-3-96474-522-4,

49,95 Euro

Auch als E-Book erhältlich!



Weitere Informationen und Bestellung unter
shop.mgo-fachverlage.de

ku-gesundheitsmanagement.de



KU
GESUNDHEITSMANAGEMENT