



Betriebskostenfinanzierung der KH

kritische Revision der historischen Selbstkostendeckung und ...

„Wie könnte eine moderne Kostendeckung 2.0 gehen?“

Betriebskostenfinanzierung für KH

Neoliberale Konzepte
finanzielle Steuerung



gemeinwohlorientierte Konzepte

Kostendeckung

- planungsrelevante Qualitätsindikatoren
 - Qualitätszuschläge / -abschläge
 - Qualitätsverträge (Selektivverträge)
 - Capitation
 - **neuer Konsens?: Vorhaltekosten auf Basis von Strukturvorgaben**
- Kritik der historischen Selbstkostendeckung
 - Kostendeckung als Prinzip neu denken
 - konkrete Lösungsansätze

[Problem der Sektorentrennung ambulant-stationär bleibt hier außen vor] -
wird hier als unabhängig von der Systematik der
Betriebskostenfinanzierung angesehen

Neoliberale Konzepte

KHSG 2016 *Radikalisierung von Markt- und Preismechanismen*

„Qualität“

1. planungsrelevante Qualitätsindikatoren

- Planungsbehörden der Bundesländer sollen bei der Krankenhausplanung die Qualität der medizinischen Versorgung einer Klinik berücksichtigen
- bislang nur gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie.
- Daten werden einem aufwändigen Datenvalidierungsverfahren unterzogen

2. Qualitätszuschläge bzw. -abschläge Pay for Performance, P4P

- 2016 wurde der GBA beauftragt, ein rechtssicheres Konzept zu entwickeln
- **im GVWG 2021 wird dieser Auftrag wegen „Umsetzungshindernissen“ wieder gestrichen**
- Erstellung / lfd. Aktualisierung extrem aufwändig
- GBA: nicht rechtssicher umsetzbar
- **Gefahr der Risikoselektion**

KHSG: Krankenhausstrukturgesetz 2016

<https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>

GVWG: Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz 2021

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/20-12-16_GVWG_Kabinett.pdf

Neoliberale Konzepte

3. Qualitätsorientierte Vergütung

- **Qualitätsverträge sind Selektivverträge** von Krankenkassen und Krankenhäusern
- **Leistungsbereiche zur Erprobung von Qualitätsverträgen** bisher
 - Endoprothetische Gelenkversorgung
 - Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
 - Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
 - Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
- **BMG macht Druck** - Begründung des aktuellen GVWG:
 - „...nur sehr wenige Qualitätsverträge geschlossen“ (Mitte 2021 38 Verträge)
 - „...reicht für eine tragfähige Erprobung von Qualitätsverträgen nicht aus“

Qualitätsverträge = Selektivverträge

- **Qualitätsverträge sind Selektivverträge** von Krankenkassen und Krankenhäusern
- Krankenkassen sollen 30 ct pro Kopf ausgeben müssen (ca. 21 Mio € / Jahr)
- **Krankenhäuser (DKG) ablehnend:**
 - hohe bürokratische Hürden für Qualitätsverträge (Evaluation durch IQTIG zwingend)
 - befürchten hohen Aufwand, der sich nicht lohnt
- **Krankenkassen (GKV-SV) eher ablehnend:**
 - Zusatzkosten für Leistungen, die mit Fallpauschalen ohnehin abgegolten sind?
 - Krankenhäuser ablehnend und einfallslos
- **KsF kritisch:** > Aufhebung der Festpreise bei Fallpauschalen

teilweise Abkehr vom Prinzip finanzieller Steuerung

Vorhaltekosten als neue Finanzierungssäule - Konsens?

- **Elemente von Vorhaltefinanzierung:**

- Bevölkerungsbezug
- Erreichbarkeit
- Strukturvorgaben nach Versorgungsstufen
- Bezug zu Fachabteilungen / Leistungsgruppen
- definierter Versorgungsauftrag
- eigener Finanzierungsweg
- Umverteilung von DRG-Erlösen oder zusätzliche Mittel? Wer zahlt?

Capitation Managed Care

Finanzierung

Organisation

Prinzip: finanzielle Steuerung

- Vergütungssystem mit Vorauszahlung einer verhandelten Komplettpauschale
 - an regionale Leistungserbringer
 - die das finanzielle Risiko komplett übernehmen
 - für Prävention und Behandlung
 - ambulant und stationär
- Anbieterzusammenschluss in einer regionalen Organisation
 - managementgeführt und kapitalisiert
 - integriert die komplette Versorgungskette
 - ambulant: Ärzt*innen / -netzwerke
 - stationär
 - Reha
 - Pflege ambulant und stationär

Anknüpfungspunkte

Welche realen Probleme werden von Capitation adressiert?

- Verbesserung der Prävention, weil sich das finanziell lohnen könnte
- Überwindung der Sektorengrenzen
- Überwindung des Kleinunternehmertums der Niedergelassenen
- tendenziell wird die 2. Facharztschiene (niedergelassene FÄ) überflüssig
- Vermeidung unnötiger Behandlungen und Wegfall der Anreize zur Mengensteigerung im DRG-System
- Verbesserung der Qualität durch ganzheitliche Verantwortung
- ein Ansprechpartner für Patienten und damit bessere Versorgung (insbesondere in Bezug auf chron. Erkrankungen)
- Entlastung der politischen Verantwortungsträger*innen

Kritik der finanziellen Steuerung mit Capitation

- Eine Politik organisierter Verantwortungslosigkeit überträgt Daseinsvorsorge kommerziellen Strukturen
- Jede finanzielle Steuerung / Ökonomisierung setzt Fehlanreize:
 - Entscheidungsebene: kommerzielle Managementstruktur anstatt gesundheitlicher Expertise
 - es geht immer primär um Geld und erst sekundär um das Patient*innenwohl (Fehlsteuerung)
 - C. beinhaltet keinen ökonomischen Anreiz für gute Qualität (wie auch im DRG-System)
- C. begünstigt Unterversorgung statt Fehl- und Überversorgung des DRG-Systems
- C. begünstigt Ungleichheiten in der Versorgung
 - Zweiklassenmedizin anstatt gezieltes Adressieren sozialer Determinanten
 - freie Wahl der Ärzt*in
 - Barrierefreiheit, etc.)

Kostendeckung 2.0

KH-Betriebskosten-Finanzierung nach dem Gemeinwohlprinzip

- **Prinzip:**

- Planung und Steuerung der Versorgungsstruktur sollen auf das Patient*innenwohl zielen (Sachsteuerung)
- Trennung von Behandlungsentscheidungen und Geldflüssen
- „wirtschaftliches Handeln“ - keine Geldverschwendung

- **Problem:**

- in der politischen Diskussion ist das Prinzip „Selbstkostendeckung“ verbrannt („Selbstbedienungsladen“, „Freibiermentalität“)
- SPD, Grüne und FDP
 - bewegen sich im gedanklichen Raum von Ökonomisierung und Marktwirtschaft
 - d.h. sie können sich etwas Anderes als finanzielle Steuerung meist gar nicht mehr vorstellen auch in der Daseinsvorsorge

- **Lösungsstrategie:**

- Diskussionsbereitschaft über alternative Planung und Steuerung von Daseinsvorsorge erzielen
- die historischen Erfahrungen mit dem Selbstkostendeckungsprinzip(selbst-) kritisch betrachten
- modellhafte Lösungsansätze entwickeln

Reale Probleme der damaligen Selbstkostendeckung Fehlanreize zur Verlängerung der Verweildauer

• **Probleme der Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen**

- Großteil der Behandlungskosten fällt in den ersten Tagen an
„der Patient musste liegenbleiben bis er sich rentiert hat“
alternativ steigt bei VWD-Verkürzung der tagesgleiche Pflegesatz
entsprechend
- Rehabilitationssektor war noch in Kinderschuhen > Reha im KH verlängerte die Aufenthaltsdauer

• **Macht und Geld: systemische Fehlanreize für die damaligen Chefärzte**

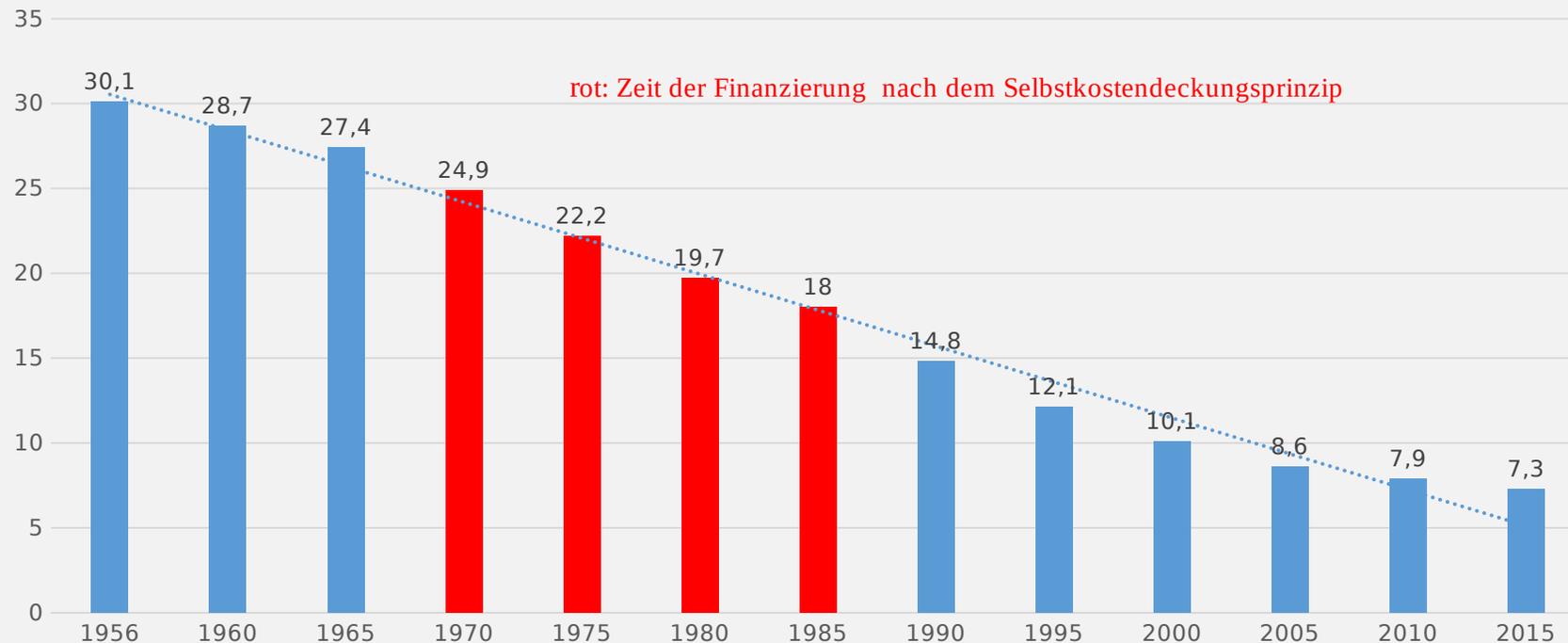
- selbst in einem gemeinnützigen KH verfolgen viele Akteure egoistische Partialinteressen
- Fehlanreiz des damaligen Privatliquidationsrechts der Chefärzte: Einzelleistungs-
Abrechnung
- Fehlanreiz zur Verlängerung der Liegedauer: mehr Belegung  mehr Geld und Macht

• **Bettenbezug statt Leistungsbezug in KH-Planung und -Steuerung**

- Fehlanreiz zur Verlängerung der Liegedauer: mehr Belegung  mehr pauschale Investitionsmittel
- Entlastung der Pflege durch längere Liegedauern und weniger Wechsel (außer bei
Fachkräftemangel)

Trotzdem sind die gängigsten Argumente gegen Selbstkostendeckung Mythen

- Mythos: Unter dem Selbstkostendeckungsprinzip konnten die Verweildauern nicht verkürzt werden „Selbstbedienungsladen“
 - Mythos: DRGs mussten eingeführt werden, um das Festhalten der Patienten im Krankenhaus zu beenden „Freiheitsberaubung“
- Verweildauer-Entwicklung in 5-Jahres-Schritten, alle KHs**



- Die Realität: Reduzierung der Verweildauer zwischen 1970-1985 um fast 30%

vermeintliche Probleme der Selbstkostendeckung
Mythos: Selbstkostendeckungsprinzip = „Selbstbedienungsladen!“

These 1: Landesplanerische Vorgaben waren entscheidend  **der Spielraum der GKV bei KH-**
Budgetverhandlungen war klein

- Planungsgrundlage für das Budget des nächsten Jahres: Fortschreibung des Status quo
- krankenhausplanerische Vorgaben des Ministeriums: (neue) Funktionsbereiche incl. Einzelförderung von Investitionen, Abteilungsgrößen ...
- Personalbemessung: umfangreiche „Anhaltzahlen“ der DKG und des KAV (kommunaler Arbeitgeberverband)
„Personalbemessungsregeln wirkten befreiend – man konnte sie den Kassen entgegenhalten“
- Personalkostensteigerungen waren durch Tarifverträge definiert (vor dem Outsourcing)

These 2: Die Kontrollmöglichkeiten der GKV waren groß

- Zitat: „Das waren keine Budgetverhandlungen - die Kassen mussten eh alles zahlen“ **stimmt das?**
- historischer Fact: Erosion der GKV-Finzen (= angebliche „Kostenexplosion“) > Kostendämpfungsgesetze / Budgetdeckelung (Seehofer / Dressler Kompromiss von Lahnstein 1992)
- ab 1975 > Pflegesatzverhandlungen auf Basis detaillierter Kostenvergleiche und Gutachten, z.B. durch Landesprüfungsanstalten (bsp. kommunaler Prüfungsverband in Bayern)
- Krankenkassen erhöhten ihre fachliche Expertise für die Verhandlungen durch Spezialisierung der GKV in den Verhandlungen (überregionale Verhandlungsteams der Kassen)
- systematische Verkürzung der durchschnittlichen Liegedauern durch MDK-Kontrollen
- Stellenbemessungskontrolle durch „Refa-Fachleute“
- bsp. Genehmigungsvorbehalt für auswärtige CT-Untersuchungen

Fazit: Die Einflussmöglichkeiten der GKV waren wohl angemessen

- Kommerzialisierung der Daseinsvorsorge ist gesellschaftlich ein Skandal:
 - „Zielkonflikt“ Patient*innenwohl ↔ Profitinteresse
 - Zielkonflikt ⇒ hoher Aufwand für Kontrolle und Dokumentation
 - entnommene Gewinne aus GKV-Versichertengeldern sind Verschwendung
- systematische Bedarfsermittlung kostendeckende KH-Budget-Bemessung
- Sparpolitik ⇒ sachgerechte Prioritäten sind möglich,
⇒ müssen aber politisch verantwortet werden
- Effizienzprobleme lassen sich durch Transparenz adressieren („lernendes System“)
- komplexe Interventionen (Maßnahmenbündel) lassen sich evtl. leichter verwirklichen

- **KH-Finanzierungssäulen**

- öffentliche KH-Planung **Investitionsmittel** →
- Leistungen und Betten als Planungsgrundlage → **Vorhaltekosten** (Räume, Großgeräte, Fachpersonal)
(incl. **Sicherstellungszuschläge**)
- gesetzliche Personalbemessung für Fachpersonal → **Personalbudget**
- fallzahlabhängige Sachkosten **budgetierte Sachkostenpauschalen** →

- **Einfluss einer gemeinwohlorientierten (!) Gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen**

- Transparenz: Offenlegung der Kostenstrukturen
- Medizinischen Dienst in eine gemeinwohlorientierte Institution für Qualitätssicherung und Effizienz verwandeln
- regionale „Sonderwirtschaftszonen“ Erprobung innovativer, gemeinwohlorientierter Modelle einrichten