

Matthias Einwag

Krankenhausreform: mehr Anreize, weniger Regulierung

Die Beratungen zur Krankenhausreform gehen auf die Zielgerade. Aktuell stehen sich Bund und Länder recht unversöhnlich gegenüber. Auch vonseiten der Krankenhäuser und der Krankenkassen gibt es massive Kritik an den Inhalten des „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)“. Gleichzeitig wissen alle, die sich etwas länger mit Krankenhauspolitik beschäftigen, dass eine Reform im Konsens einen deutlich höheren Wert hätte, ja, wahrscheinlich sogar die Voraussetzung für ein Erreichen der Reformziele wäre, als ein Durchpauken gegen alle – auch konstruktiven – Widerstände.

Weitgehender Konsens besteht zu den Reformzielen. Der Dissens entsteht bei der Frage, auf welchem Weg die Ziele erreicht werden sollen. Ziemlich am Anfang des Weges der Reformumsetzung ist die Frage zu beantworten, ob die Ziele eher mit mehr Regulierung oder durch das Setzen von Anreizen erreicht werden sollen. Hier hat sich die Bundesregierung eindeutig für die Richtung „mehr Regulierung“ entschieden. Im Folgenden soll die Frage untersucht werden, ob die Ziele nicht besser über Anreize erreicht werden können.

Ziele der Krankenhausreform

In der Regierungsbegründung zum KHVVG werden insbesondere folgende Ziele genannt:

- Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität
- Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung
- Steigerung der Effizienz
- Entbürokratisierung.

Wichtige Rahmenbedingungen sind dabei der Fachkräftemangel und die medizinische bzw. medizinisch-technische Entwicklung, die tendenziell auf eine stärkere Konzentration der Versorgung hinwirken. Außerdem sollen nach den Worten der Regierungsbegründung ökonomische Anreize zu einer medizinisch nicht eindeutig begründeten Leistungserbringung abgemildert werden. Häufig wird in diesem Zusammenhang von „Entökonomisierung“ gesprochen. Schließlich soll die sektorenübergreifende Versorgung gestärkt und die Ambulantisierung gefördert werden. Insgesamt ist ein überwiegender politischer Wille zu erkennen, die Krankenhausversorgung in Deutschland künftig mit weniger Krankenhäusern und weniger Krankenhausbetten als aktuell sicherzustellen.

Es gibt auch weitere Ziele, die in der Reform nicht ausdrücklich genannt werden, die aber mit beachtet werden müssen. Die Trägervielfalt als konstitutives Kennzeichen der Krankenhausversorgung in Deutschland ist sicher so ein „verborgenes Ziel“. Eine Priorisierung der Ziele ist bisher nicht bekannt geworden. Daher ist davon auszugehen, dass alle Ziele gleich wichtig sind.

Maßnahmen des Gesetzes müssen daraufhin geprüft werden, dass sie einen positiven Beitrag zur Erreichung möglichst vieler (bestenfalls aller) Ziele leisten. Jedenfalls sind Zielkonflikte zu vermeiden. So darf beispielsweise die Förderung der Ambulantisierung nicht mit Bürokratieaufbau einhergehen.

KHVVG: Über Regulierung und massiven Finanzdruck zum Ziel?

Diese Ziele sollen mit politischen Handlungen erreicht werden. Politisches Handeln kann sich dabei im „Tun“ (neue gesetzliche Regelungen) und Unterlassen (es wird bewusst auf bestimmte Maßnahmen verzichtet) äußern.

Mit welchen politischen Handlungen sollen die oben beschriebenen Ziele erreicht werden?

Da sind naheliegenderweise zunächst die Inhalte des Gesetzes:

- Einführung von Leistungsgruppen zur kleinteiligeren Planung
- Verknüpfung der Leistungsgruppen mit Strukturvorgaben (sog. „Qualitätskriterien“)
- Einführung einer Vorhaltefinanzierung und Verknüpfung mit Mindestvorhaltezahlen
- Einführung eines Transformationsfonds
- Definition von sektorenübergreifenden Versorgern

Zum politischen Handeln gehört aber eben auch, was *nicht* im Gesetz steht: So wird aktuell vor allem durch den Bundesgesetzgeber massiver finanzieller Druck auf die Krankenhäuser durch gesetzgeberisches Unterlassen ausgeübt. Die Defizite der Kliniken steigen von Jahr zu Jahr. Bundesweit haben mindestens 70 % der Kliniken das Jahr 2023 mit einem Defizit abgeschlossen. Der Anteil der Kliniken, die für das laufende Jahr 2024 noch mit einem ausgeglichenen oder positiven Jahresergebnis rechnen, dürfte unter 20 % liegen. Dieser Finanzdruck ist zum Teil ganz bewusst geschaffen worden. Dabei muss sich die Kritik der Kliniken wegen der Dualen Finanzierung immer an zwei Adressaten richten: Rund zwei Drittel der Defizite haben ihre Ursache in einer unzureichenden Finanzierung der Betriebskosten, für die der Bund die Verantwortung trägt. Größter Defizitbringer ist hier die unzureichende Finanzierung der dauerhaften Kostenanstiege aufgrund der hohen Inflationsraten in den Jahren 2022 und 2023. Hier hat sich ein Defizitsockel gebildet, der die Kliniken Jahr für Jahr belastet und seit dem Wegfall der Einmalzahlungen für die sogenannten „Energiehilfen“ voll durchschlägt. Weitere Ursachen liegen in der unvollständigen Finanzierung der Personalkosten im nichtpflegerischen Bereich und der Änderung der Regeln zur Berechnung des Landesbasisfallwertes bei Fallzahlschwankungen.¹⁾ Für rund ein Drittel der aktuellen Defizite sind die Länder verantwortlich, weil nur unzureichende Mittel zur Finanzierung der notwendigen Investitionen bereitgestellt werden.

Tiefes Misstrauen gegenüber den Akteuren

Der Lösungsansatz der Bundesregierung durch das KHVVG kann beschrieben werden als eine Kombination aus Aufrechterhaltung des finanziellen Drucks und einer starken Regulierung. Offenbar ist man der Meinung, dass nur durch massiven finanziellen Druck Veränderungen angestoßen werden können. Finanzwirksame Verbesserungen im rechtlichen Rahmen der Krankenhausfinanzierung soll es im KHVVG im Wesentlichen nur bei der Berücksichtigung künftiger Kostensteigerungen geben. Es soll also nicht (noch) schlechter werden, als es jetzt schon ist. Aber besser werden wird es nicht. Die Ursachen der massiven Defizite geht man grundsätzlich nicht an.

Neben dem finanziellen Druck zeigt sich ein hohes Misstrauen gegenüber den Akteuren auf Landes- und Ortsebene. Ihre Entscheidungen seien verantwortlich für (vermeintliche) Qualitätsdefizite in der aktuellen Versorgung. Dies ist verwunderlich, weil kein Bereich des deutschen Gesundheitswesens so transparent ist wie die Krankenhäuser und es seit Jahren zahlreiche differenzierte Qualitätssicherungsverfahren gibt, mit denen die Qualität laufend gemessen wird – mit durchweg guten und sehr guten Ergebnissen. Das trotzdem bestehende Misstrauen führt dazu, dass noch weitgehendere regulatorische Vorgaben gemacht werden sollen. Die Liste der geplanten regulatorischen Vorgaben ist lang: Einführung von Leistungsgruppen mit umfangreichen starren Strukturvorgaben (genannt: Qualitätskriterien), Einführung von Versorgungsstufen über den Umweg des Bundes-Klinik-Atlas, Anbindung der Auszahlung der Vorhaltevergütung an die Einhaltung von Mindestvorhaltezahlen, bundesweite, sehr restriktive Regelungen zu Ausnahmetatbeständen bei den Strukturvoraussetzungen der Leistungsgruppen, Unklarheit darüber, in welchem Umfang bewährte Kooperationsstrukturen auch weiter aufrechterhalten werden können, Streichung der Leistungserbringungsmöglichkeit für onkologische Leistungserbringer mit niedrigen Fallzahlen (unabhängig von der erbrachten Versorgungsqualität) und mehr.

Länder sehen Änderungsbedarf und fordern Auswirkungsanalyse

Der Gesetzentwurf stößt bei vielen Akteuren auf Widerspruch: Die Bundesländer haben einstimmig eine Stellungnahme zum Entwurf des KHVVG abgestimmt. Sie zeigen „klare Kante“ und formulieren den aus ihrer Sicht zwingenden Veränderungsbedarf. Sie fordern eine finanzielle Besserstellung der Kliniken vor Scharfschaltung der Strukturreform, reklamieren im Einklang mit der Verfassung mehr Freiräume bei der Ausgestaltung der neuen Krankenhausplanung, sehen die flächendeckende Versorgung gefährdet und erwarten eine Auswirkungsanalyse vor der finalen Abstimmung zum Gesetz. Befürchtet wird – zu Recht – eine weitere Bürokratiesteigerung, zum Beispiel bei den wiederkehrenden Überprüfungen der sogenannten Qualitätskriterien oder bei der Ermittlung der Vorhaltebudgets.²⁾

Auch die zu erwartenden regelmäßigen Anpassungen beim Leistungsgruppenkatalog und bei den damit verbundenen Strukturvorgaben werden immer wieder bürokratische Anpassungsprozesse und eine dauerhafte Planungsunsicherheit auslösen.

Wenn man die Auswirkungen der KHVVG-Inhalte auf die Ziele durchspielt, finden sich viele Belege für die Position der Länder: Es ist zu befürchten, dass die Ziele einer Verbesserung der Patientenversorgung und der Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung nicht gewährleistet werden können. Das liegt an allererster Stelle an der Verweigerung der Erstattung unabweisbarer Kostensteigerungen. Inzwischen gab es in jedem Bundesland Insolvenzverfahren von Krankenhäusern und auch Krankenhausschließungen aus finanziellen Gründen. Kritisch zu sehen ist auch die Verbindung der Leistungsgruppen mit bundesweit einheitlichen Vorgaben von „Qualitätskriterien“ bei nur sehr geringen Ausnahmemöglichkeiten. Es ist eine Frage der Logik, dass ein „Zuviel“ an Anforderungen bei gleichzeitig endlichen (Personal-) Ressourcen sofort dazu führen würde, dass wir in eine teilweise Unterversorgung mit Wartelistenmedizin rutschen. Deshalb ist die Forderung der Länder nach einer belastbaren Auswertungsanalyse vor der Entscheidung über das Gesetz mehr als nachvollziehbar. Auch das Ziel der Trägervielfalt ist durch diese Politik in ernster Gefahr: Wenn der finanzielle Druck weiter in diesem Maße aufrechterhalten wird, sind massive negative Auswirkungen auf die Trägervielfalt zu erwarten: Rund 70 % der Kliniken, die auf der Insolvenzliste der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) stehen, kommen aus dem kirchlichen und freigemeinnützigen Bereich. Gibt es Alternativen zur immer stärkeren Regulierung? Die Antwort ist ein eindeutiges „Ja“. Dabei wären die Chancen gut, dass die Ziele besser erreicht werden als mit dem bisher vorliegenden KHVVG-Ansatz.

Notwendig wäre dazu eine Offenheit gegenüber ökonomischen Wirkmechanismen. Das ökonomische Gegenmodell zur immer bürokratiesteigernden Regulierung ist ein System der (finanziellen) Anreize. Über Anreize wird den Akteuren (etwa den Ländern und den Krankenhausträgern) keine explizite Verhaltensvorgabe gemacht, die dann auch wieder aufwendig kontrolliert werden müsste. Es werden aber Rahmenbedingungen gesetzt, die das Verhalten der Akteure beeinflussen. Und wenn die Rahmenbedingungen klug ausgestaltet sind, verhalten sich die Akteure so, dass die erwünschten Ziele erreicht werden. Vielleicht kann man den Unterschied zwischen Regulierung auf der einen und Anreizen auf der anderen Seite gut mit dem (gescheiterten) Heizungsgesetz und den CO₂-Abgaben darstellen: Über das Heizungsgesetz sollten sehr tiefgehende regulatorische Vorgaben gemacht werden. Das ist von vielen Menschen als Bevormundung empfunden worden. Mit der CO₂-Abgabe wird CO₂-produzierendes Verhalten verteuert und es werden Anreize gesetzt: Es liegt im wirtschaftlichen Interesse der Akteure, CO₂ zu vermeiden (was das politische Ziel ist). Wie sie das machen, bleibt ihnen überlassen.

Reformziele über Anreize erreichen

Wie könnten Anreize bei der Krankenhausreform aussehen? Dazu sollen einige Beispiele genannt werden. Allen Beispielen ist gemeinsam, dass zunächst eine finanzielle Stabilisierung der Krankenhäuser erreicht werden muss. Denn Anreize können nur wirken, wenn sie einen maßgeblichen Einfluss auf das Verhalten der Akteure haben. Wer jeden Tag (als Krankenhaus)

ums wirtschaftliche Überleben kämpft bzw. (als Land) mit Ad-hoc-Notfallmaßnahmen zur Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung beschäftigt ist, kann sein Handeln nicht an eher mittelfristig wirkenden Anreizen ausrichten.

Beispiel 1

Ziele: Stärkere Konzentration der Krankenhausversorgung bei gleichzeitiger Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung. Erhalt der Trägervielfalt, Verringerung der Bettenkapazitäten, Effizienzsteigerung, Entbürokratisierung.

Es könnten zwei Anreize gesetzt werden:

- Anreiz 1: In Ländern, die im Jahr 2023 eine unterdurchschnittliche Bettenziffer je 100 000 Einwohner hatten, erhalten die Krankenhäuser einen Zuschlag. Denkbar ist zum Beispiel ein Zuschlag in Abhängigkeit von der Höhe der prozentualen Abweichung der Bettenziffer vom Bundeswert (je größer die Unterschreitung des Bundeswertes, desto höher der Zuschlag). Der Zuschlag kann – wenn die Vorhaltefinanzierung kommt – als Zuschlag zum Vorhaltebudget gewährt werden.
- Anreiz 2: In Ländern, die in den kommenden Jahren (der genaue Zeitraum wäre festzulegen) im Vergleich zum Basisjahr 2023 deutliche Fortschritte bei der Konzentration der stationären Versorgung (ausgedrückt in der Bettenziffer je 100 000 Einwohner) machen, erhalten die Krankenhäuser ebenfalls einen Zuschlag wie oben dargestellt. Die Höhe des Zuschlags muss mit dem Zuschlag aus Anreiz 1 abgestimmt werden. Wenn ein Zeitverzug nicht gewollt ist, könnte man den Zuschlag auch als eine Art „Vorschuss“ ab sofort auszahlen, der aber zurückzuzahlen ist, wenn sich die erwarteten Verringerungen der Bettenzahl nicht realisieren.

Für beide Anreize müssten wahrscheinlich die Stadtstaaten mit den sie umgebenden Ländern zusammen betrachtet werden, weil diese in einem relevanten Maß auch Behandlungskapazitäten für Patientinnen und Patienten aus dem Umland vorhalten. Beide Anreize wirken stark entbürokratisierend, weil im Gegenzug die regulativen Vorgaben, insbesondere zu den Strukturvorgaben bei den Leistungsgruppen, und die damit verbundene „Überprüfungsindustrie“ in ihrer Komplexität und Detailtiefe deutlich reduziert werden könnten.

Beispiel 2

Ziele: Stärkere Konzentration der Krankenhausversorgung, Verringerung der Bettenkapazitäten, Effizienzsteigerung

- Anreiz 1: Wenn ein Krankenhausträger einen oder mehrere Standorte schließt und dadurch ein G-BA-Notfallstufenzuschlag (von dem geschlossenen Standort) wegfällt, wird der weggefallene Zuschlag auf die in der Region verbleibenden Krankenhäuser mit Notfallstufe verteilt.
- Anreiz 2: Der Fixkostendegressionszuschlag muss mit sofortiger Wirkung entfallen, damit Leistungssteigerungen in Folge von Standortkonzentrationen nicht finanziell bestraft werden.

Diese Anreize würden dazu beitragen, dass Krankenhausträger notwendige Strukturanpassungen nicht aus finanziellen Gründen (drohender Wegfall von Erlösen) unterlassen.

Beispiel 3

Ziele: Ambulantisierung stärken, Stärkere Anbindung der fachärztlichen Versorgung an die Krankenhäuser, Effizienzsteigerung, Entbürokratisierung, stärkere Konzentration der Krankenhausversorgung.

- Anreiz: Der Bereich der Hybrid-DRGs wird gestrichen und es wird ein ambulant-klinischer Bereich definiert, wie er von der DKG vorgeschlagen wird: Für einen bestimmten Leistungskatalog wird es den Krankenhäusern überlassen, ob sie Patienten vollstationär, teilstationär oder ambulant am Krankenhaus behandeln. Die Vergütung ist für alle Fälle gleich und liegt ein Stück unter der stationären Vergütung. Die Krankenhäuser haben einen Anreiz, wo möglich, die Behandlung ambulant zu erbringen. Die Ambulantisierung vollzieht sich am Krankenhaus, was internationalen Beispielen folgt. Dadurch würde es auch ermöglicht, die fachärztliche vertragsärztliche Versorgung, die in immer mehr Bereichen nicht mehr flächendeckend gewährleistet werden kann, näher an die Krankenhäuser anzubinden. Die Systemeffizienz würde steigen. Bürokratie entfällt, weil sich MD-Prüfungen in diesem Bereich erübrigen und die hybride Leistungserbringung auf die Krankenhäuser konzentriert wird.

Fazit

Mit den drei Beispielen soll deutlich gemacht werden, dass der aktuell eingeschlagene regulative Weg des KHVVG-Gesetzesentwurfs nicht alternativlos ist. Nach Überzeugung des Autors gibt es die Möglichkeit, über Anreize die Ziele der Reform besser zu erreichen. Zentrale Voraussetzung für diesen Weg ist neben der Schließung der Finanzlücken aus der Vergangenheit das Grundverständnis und -vertrauen, dass die Akteure vor Ort und auf Landesebene bei gegebenen Rahmenbedingungen und sinnvollen Anreizen bessere Entscheidungen treffen als ein „zentraler Planer“ über weitreichende regulative Vorgaben. Der politische Diskurs würde sich dann nicht um Zuständigkeitsfragen zwischen Bund und Ländern drehen, sondern eher auf die Frage der richtigen Anreize konzentrieren.

Anmerkungen

- 1) In vielen Bundesländern wurde in der Vergangenheit im Rahmen der Landesbasisfallwertverhandlungen bei Fallzahlsteigerungen im Land das Vergütungsvolumen nur um rund 2 000 € je Casemixpunkt gesteigert, um ausschließlich die variablen Kostenanstiege zu finanzieren. Nach der Gesetzesänderung Ende 2022 wird das Vergütungsvolumen ab sofort bei Fallzahlminderungen um mehr als 4 000 € je Casemixpunkt gemindert. Es wird also Geld aus dem Vergütungssystem genommen, das nie hereingekommen ist. In der Folge können die Kliniken nicht mehr ihre Fixkosten bezahlen und rutschen stärker ins Defizit.
- 2) Dass die „Vorhaltefinanzierung“ weder zu einer finanziellen Absicherung der ländlichen Kliniken noch zu einer „Entökonomisierung“ führt, darf nicht unerwähnt bleiben, auch wenn dies in diesem Aufsatz nicht im Mittelpunkt steht.

Anschrift des Verfassers

Matthias Einwig, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG), Stuttgart ■