

2

Qualität durch neue Finanzierungsformen

Boris Augurzky

IQM machte den ersten Schritt

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) hat sich im Jahr 2008 aufgemacht, Qualität in der Krankenhausversorgung zu messen, transparent zu machen und Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Mit Transparenz wird ein Anreiz gesetzt, die eigene Qualität kontinuierlich zu hinterfragen und zu verbessern. Das Peer Review Verfahren unterstützt dabei den fachlichen Austausch zwischen Krankenhäusern. Die Qualitätsmessung von IQM erfolgt auf Grundlage von Routinedaten der Krankenhäuser, was sie zu einem ressourcensparenden Verfahren macht. Allerdings ist damit die Qualitätsmessung in der Regel auf den stationären Aufenthalt im Krankenhaus beschränkt. Die institutionalisierte Sektorentrennung der Gesundheitsversorgung in Deutschland erschwert eine patientenorientierte Messung der Qualität entlang des gesamten Behandlungspfads. So bleibt viel im Dunkeln. Zudem liegt der Fokus auf der Behandlung akut erkrankter Menschen. Die Gesundheitsversorgung als Ganzes und mit

all ihren verschiedenen Facetten, insbesondere der Prävention zur Gesunderhaltung, spielt dagegen keine Rolle.



Wenn wir wissen wollen, wie gut das Geld im Gesundheitswesen angelegt ist, müssen wir den zugrunde gelegten Qualitätsbegriff erweitern.

Im Jahr 2020 wurden insgesamt 441 Milliarden Euro für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. Wie jedes Jahr stellt dies einen neuen Rekord dar. Jedoch war der Anstieg größer als sonst und der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) sprang auf hohe 13,1% – nach 11,9% im Jahr 2019. Dies lag größtenteils an den Folgen der Corona-Pandemie, die zu steigenden Gesundheitsausgaben und gleichzeitig zu einem sinkenden BIP führte. Die Erfahrungen aus der Finanzkrise, die im Jahr 2009 ebenfalls einen solch sprunghaften Anstieg nach sich zog, legen aber nahe, dass sich das höhere Niveau verfestigen könnte, auch wenn das BIP wieder steigt. Gleichwohl

erhält das BIP dieses Mal nicht die Gelegenheit, sich rasch wieder zu erholen, weil Anfang 2022 der Krieg in der Ukraine nahtlos an die Corona-Pandemie anknüpfte.

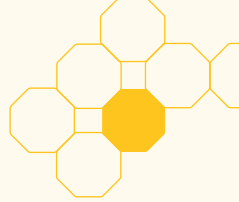
Bei einem inzwischen so hohen Ausgaben-niveau für Gesundheitsdienstleistungen und -güter müssen wir uns noch mehr als bisher die grundsätzliche Frage stellen, was wir als Gesellschaft im Gegenzug an Versorgungsqualität erhalten. Wie immer ist die Antwort komplex. Klar ist, dass das Ausgabenniveau unter anderem von der Bevölkerungsstruktur abhängt. Wo es, wie in Deutschland, viele ältere Menschen gibt, werden auch die Gesundheitsausgaben hoch sein. Besonders stark schlägt die Altenpflege zu Buche. Auf den ersten Blick scheint der starke Anstieg der Ausgaben für die Altenpflege demografiebedingt unvermeidlich zu sein. Bei genauerem Hinsehen gibt es aber auch in der Altenpflege Potenziale hinsichtlich Prävention und Rehabilitation. Viel zu selten wird die Frage gestellt, wie eine pflegebedürftige Person mit einem Pflegegrad von 4 wieder auf einen Pflegegrad von 2 gelangen könnte. Stattdessen wird hingenommen, dass es im Alter nur bergab gehen könne. Es fehlt die Motivation, sich überhaupt mit dieser Frage zu beschäftigen, weil die Kosten für eine möglicherweise erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme von der Krankenversicherung getragen werden, die aber nicht Nutznießer der Maßnahme wäre. Nutznießer eines Erfolgs wäre neben dem Pflegebedürftigen nämlich die Pflegeversicherung, deren Ausgaben sinken würden.

Solche Beispiele gibt es im deutschen Gesundheitswesen mehrfach. Sobald Kosten und Nutzen bei unterschiedlichen Institutionen anfallen, unterbleiben nutzenbringende Maßnahmen. Gleichzeitig steigen die „Reparaturkosten“, um „das Kind“, das in den Brunnen gefallen ist, wieder herauszuholen – statt darauf zu achten, dass es erst gar nicht in den Brunnen fällt. Wenn aber nur das Herausholen bezahlt wird, die „Wächterfunktion“, dass erst gar nichts passiert, dagegen nicht, wird es keine „Wächter“ geben. Um dies zu ändern, wird es

aber nicht reichen, an die Menschen bzw. Leistungserbringer lediglich einen moralischen Appell zu richten, ohne die Wächterfunktion auch entsprechend zu honorieren. Denn wer diesen Appell beherzigt, wird selbst nicht lange überleben, weil er mangels finanzieller Kompensation in ein defizitäres Geschäftsmodell gerät. Es ist dann nur eine Frage der Zeit, bis sein Betrieb stirbt. Am Ende ist damit niemandem geholfen.

Was wir brauchen, ist erstens ein ganzheitlicher Blick auf den Qualitätsbegriff und damit zwingend zusammenhängend zweitens ein Finanzierungssystem, das Qualität in diesem Sinne belohnt.

Dies ist einfach gesagt, in der Realität jedoch äußerst schwer umsetzbar. Wenn wir aufgrund eines absehbar steigenden Fachkräftemangels künftig Rationierung vermeiden wollen, kommen wir aber nicht darum herum, Leistungen mit guter Qualität zu fördern und mit schlechter Qualität zurückzufahren. Tun wir das nicht, ist Rationierung von Leistungen im Gesundheitswesen eine ernste Gefahr, weil der Preismechanismus, der auf freien Märkten das Angebot und die Nachfrage zu einem Ausgleich bringt, nicht vorhanden ist. Preise für Gesundheitsleistungen sind reguliert, siehe das DRG-Fallpauschalensystem. Auf freien Märkten würde bei einer Übernachfrage der Preis so lange steigen, bis sich einige Nachfrager deswegen zurückziehen bzw. bis Anbieter ihr Angebot ausreichend erhöhen. Kranke Menschen können jedoch ihren Bedarf nach Gesundheitsleistungen nicht einfach abstellen – anders als zum Beispiel urlaubsfreudige Menschen, die auf einen teureren Urlaub in der Ferne verzichten und stattdessen einen günstigeren Urlaub in ihrem eigenen Zuhause machen können. Umgekehrt können Leistungsanbieter im Gesundheitswesen bei dem vorhandenen und weiter steigenden Fachkräftemangel ihre Angebote nicht so einfach ausweiten und gegebenenfalls über Preisanpassungen auch refinanzieren.



Diese Besonderheiten der Gesundheitsnachfrage, kombiniert mit der Prämisse, dass jeder Mensch in Deutschland unabhängig von seinem Einkommen Zugang zum Gesundheitswesen haben soll, führt dazu, dass wir die Lücken zwischen Angebot und Nachfrage nicht über Preisanpassungen schließen können, sondern nur über Effizienzverbesserungen in der Gesundheitsversorgung. Effizienz ist also ethisch geboten. Sie umfasst Kosten auf der einen und Qualität auf der anderen Seite, Qualität jedoch in einem weiteren Sinne, entlang des gesamten Behandlungspfads und bezogen auf eine ganze Population. Daher müssen wir den Qualitätsbegriff erweitern, sonst laufen wir mit sektorenspezifischen Scheuklappen herum, die uns auf die falsche Fährte führen können. Es kann dann passieren, dass wir gesundheitliche Schäden lediglich sehr gut „reparieren“ und dabei hohe Kosten verursachen, statt Schäden gänzlich zu vermeiden oder sie dort zu beheben, wo dies am kostengünstigsten möglich ist.

Wir müssen den nächsten Schritt gehen

Um einen ganzheitlichen Blick auf die Gesundheitsversorgung zu bekommen, müssen die Interessen unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen in Einklang gebracht werden. Es braucht dabei jemanden, der die Gesamtverantwortung übernimmt und die Gesamtkosten und den Gesamtnutzen im Auge behält. Eine solche Gesamtverantwortung kann nur auf regionaler Ebene gelebt werden, sonst würde die Komplexität beliebig groß und nicht mehr handhabbar. Außerdem benötigen die regional Verantwortlichen Gestaltungsfreiheit, um eine höhere Versorgungseffizienz erreichen zu können – jedoch stets unter einer Budgetrestriktion für die Region, um die Beitragszahler nicht zu überlasten.

Das DRG-System trägt zwar dazu bei, eine hohe Effizienz innerhalb der stationären Krankenhausversorgung zu erreichen. Es setzt aber keine Anreize zur ambulanten Leistungser-

bringung, zu sektorenübergreifender Versorgung oder zu Prävention. Nichtsdestoweniger hat das DRG-System einige Vorteile. Anfang der Nullerjahre kam es zur richtigen Zeit. Es hat Ordnung und Transparenz in das Krankenhaussystem gebracht. So ließen und lassen sich wertvolle Kenntnisse über das Versorgungsgeschehen gewinnen und es ist zum Beispiel die Basis der Qualitätsmessung von IQM. Das DRG-System honoriert außerdem Leistung. Es vergütet Leistung nur, wenn sie auch wirklich erbracht wurde. In Deutschland erhalten daher alle Menschen bei Bedarf ohne nennenswerte Wartelisten eine stationäre Behandlung. Allerdings kamen im Jahr 2019 auf 100 Einwohner rund 23 stationäre Fälle. In allen anderen typischen Vergleichsländern liegt der Wert deutlich darunter, beispielsweise in Dänemark nur bei 13. Es stellt sich also die Frage, ob viel stationär wirklich viel hilft. Eine deutlich höhere Lebenserwartung als in den Vergleichsländern resultiert daraus zumindest nicht. Möglicherweise besteht ein hohes ambulant Potenzial in Deutschland.

Zur Reduktion der stationären Leistungsmenge und der damit verbundenen Kosten hat sich der Gesetzgeber immer neue Regeln einfallen lassen. Zudem werden die Kostenträger bei der Auslegung der Regeln auf ihre Weise kreativ. Letzteres wiederum ruft die Leistungserbringer auf den Plan, die mit eigenen kreativen Ideen dagegenhalten. So sind ein regulatives Wettrüsten und eine Misstrauenskultur bei allen Beteiligten entstanden. Am Ende beschäftigt sich ein immer größer werdender Teil nur noch mit Bürokratie, während produktive Arbeit an Bedeutung verliert. Ein weiteres Problem des gegenwärtigen Vergütungssystems hat sich in der Corona-Pandemie gezeigt: Eine Finanzierung der Vorhaltung, dass im Bedarfsfall eine Leistung überhaupt erbracht werden kann, ist nicht vorgesehen.

Am Beispiel der Geburtshilfe lässt sich dies gut verdeutlichen. Erfahrungsgemäß kann eine Geburtshilfe erst bei einer jährlichen Zahl von rund 1.200 Geburten wirtschaft-

lich betrieben werden. Finden im Einzugsgebiet eines Krankenhauses nur 500 Geburten pro Jahr statt, arbeitet die Geburtshilfe defizitär. Denn das Personal muss trotzdem rund um die Uhr anwesend sein, weil die meisten Geburten nicht planbar sind. Grundsätzlich ist dies nicht beklagenswert, weil das DRG-System damit einen Anreiz schafft, die Leistungserbringung stärker zu bündeln, was sowohl für das Personal angenehmer ist, weil es sich Dienste besser teilen kann, als auch für die Patientinnen, die in einem Zentrum eine höhere Versorgungsqualität erwarten können. Allerdings geht dies zu Lasten der Erreichbarkeit des Versorgungsangebots. Je nachdem, welche Distanzen zum Zentrum zurückzulegen sind, muss dieser Aspekt mit in die Betrachtung einbezogen werden.

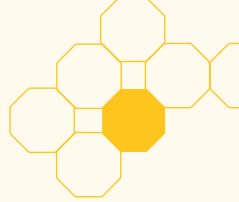
Hinzu kommt, dass für ein Krankenhaus die stationäre gegenüber der ambulanten Leistungserbringung hinsichtlich der Vergütung in der Regel vorteilhafter ist. Es kann mit einer hohen stationären Fallzahl seine Existenz eher sichern. Je höher die stationäre Fallzahl in einem Leistungssegment ist, desto besser kann das Krankenhaus seine Vorhaltekosten in diesem Segment decken. Darüber hinaus führen die sektorenspezifischen Vergütungssysteme dazu, dass eine ganzheitliche Versorgung der Patienten kaum stattfindet. Dafür fühlt sich niemand verantwortlich.

Die Schwierigkeiten im aktuellen System sind also vielfältig: ein hoher Anreiz zur stationären Leistungserbringung und damit zusammenhängend ein vermutlich hohes Potenzial zur Ambulantisierung, eine geringe sektorenübergreifende Versorgung und fehlende Verantwortlichkeiten für die Versorgung aus einer Hand, eine zunehmende Regulierungsdichte und damit verbunden ein Verlust an Gestaltungsfreiheit und keine Finanzierung von notwendigen Vorhaltungen. Könnten sich diese Probleme überwinden lassen? Man sollte sich bei dieser Frage immer klarmachen, dass ein reguliertes Preissystem stets unerwünschte Nebenwirkungen hat. Dreht man an der einen Schraube, um einen Missstand zu beseitigen, tut sich mit der Zeit ein anderer Missstand auf.

Die Frage ist nicht, ob wir das perfekte System finden, das vollständig ohne Nebenwirkungen bleibt, sondern ob wir eines finden, dessen Nebenwirkungen geringer sind als beim bestehenden.

Welchen Grundlinien sollte ein Vergütungssystem folgen? Es sei nochmals daran erinnert, dass an oberster Stelle der effiziente Einsatz der relativ knapper werdenden volkswirtschaftlichen Ressourcen stehen muss, um in Zukunft eine menschenwürdige, nicht-rationierte Medizin und Pflege gewährleisten zu können. Der größte Ressourcenengpass werden die Fachkräfte sein. Insofern sollte bei allen Veränderungen stets die Frage gestellt werden, ob es gelingen kann, mit möglichst wenig Personal eine qualitativ hochwertige Leistung zu erzielen. Dabei wird es nicht darum gehen, das Personal „auszuquetschen“. In einer Welt des Fachkräftemangels kann dies gar nicht gelingen, weil das Personal durch den Wechsel des Arbeitgebers diesem Druck jederzeit ausweichen kann oder erst gar nicht im Gesundheitswesen tätig wird. Es braucht also intelligente Optimierungsmaßnahmen, die dazu führen, dass Arbeitszeit eingespart wird und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen attraktiv bleiben.

Eine sektorenübergreifende Versorgung kann hierbei helfen, weil sie eine Optimierung auf höherer Ebene erlaubt und mehr Gestaltungsfreiheit bietet. Gestaltungsfreiheit erlaubt die Suche nach und das Ausprobieren von neuen Versorgungsformen und damit das Auffinden von effizienteren Formen. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie anpassungsfähig Unternehmen sind und welche neuen Produkte sie in kurzer Zeit hervorbringen können, wenn sie dürfen. Zwar hat auch der öffentliche Sektor einen großen Anteil an der Bewältigung der Pandemie, jedoch eher nach der Strategie „mehr vom Bestehenden“, anstatt das Bestehende zu hinterfragen, um neue Wege zu gehen. So wurden in den Gesundheitsämtern erst einmal mehr Menschen beschäftigt, mehr Fax-



verschickt und mehr abgetippt. Das war wichtig. Wenn aber die Menge an Ressourcen beschränkt ist, braucht es arbeitssparendere Prozesse. So kann es im Krankenhausbereich auch nicht nur darum gehen, die Menge an Ärzten und Pflegekräften zu erhöhen. Vielmehr muss es darum gehen, die vorhandenen Fachkräfte effizienter einzusetzen.

! Neben mehr Gestaltungsfreiheit sollte auch der Aspekt der Vorhaltefinanzierung stärker betont werden.

Die reine Mengenorientierung des DRG-Systems sollte hinterfragt werden. Denkbar wäre der Einbau einer Komponente zur Vorhaltefinanzierung. Man könnte zum Beispiel ein Drittel des heutigen DRG-Vergütungsvolumens heraustrennen, um damit definierte Vorhalteleistungen zu finanzieren. Die Pflegepersonalkosten würde man zuvor wieder eingliedern und anschließend für jede DRG einen Anteil errechnen, der zur Finanzierung von Vorhalteleistungen zur Verfügung steht. Im Durchschnitt würden die Relativgewichte der DRG somit um ein Drittel sinken. Der Mengenanreiz würde reduziert, aber nicht verschwinden. Mit dem ausgelagerten Vergütungstopf würden je Leistungssegmente und Versorgungsregion ein Vorhaltebudget auf Basis der regionalen Bevölkerungs- und Flächenstruktur definiert. Wenn es in einer Region „zu viele“ Anbieter gibt, müssen sie sich das Vorhaltebudget teilen. Falls die Region – oder das Bundesland – trotzdem weiterhin viele Anbieter behalten möchte, kann die Region oder das Land das Vorhaltebudget mit eigenen Mitteln aufstocken.

Capitationmodelle erlauben Gestaltungsfreiheit, brauchen aber Korrektive

Einen noch weitreichenderen Schritt stellen komplette Regionalbudgets bzw. Capitationmodelle dar. Hier erhält eine Region popula-

tionsabhängig ein vorab definiertes Budget, um die Gesamtversorgung, zumindest aber die gesamte fachärztliche Versorgung zu erbringen. Die Akteure vor Ort erhalten dabei größtmögliche Gestaltungsfreiheit. Sie können damit ehemals stationäre Leistungen auch ambulant erbringen, ohne Erlöseinbußen befürchten zu müssen. Sie können auf Prävention setzen, um Leistungen gänzlich zu vermeiden. Sie können Versorgungsschnittstellen optimieren, um Ressourcen einzusparen. Sie könnten aber auch nichts tun und das Budget einfach vereinnahmen. Um Letzteres zu vermeiden, braucht es Korrektive.

Ein Korrektiv ist der Wettbewerb zwischen Regionen. Wenn die Leistung in einer Region mangelhaft ist, müssen die Bürger aus dieser Region jederzeit in einer anderen Region Leistungen in Anspruch nehmen können. Dabei muss die Region, in der diese Bürger leben, die Leistungen in der Nachbarregion vergüten. Es bleibt also die freie Arzt- und Krankenhauswahl bestehen. Außerdem braucht es ein Verrechnungssystem, wofür das DRG-System ein natürlicher Kandidat ist.



Als weiteres Korrektiv dienen Qualitätsziele. Krankenkassen müssten mit der Vergabe eines Regionalbudgets konkrete Qualitätsziele festlegen, die kontrolliert werden müssen, was der Medizinische Dienst übernehmen kann. Denn er würde dann nicht mehr gebraucht, um Rechnungen zu kontrollieren. Der Fokus würde sich grundsätzlich von der Kontrolle einzelner Kostenbestandteile hin zur Kontrolle von Ergebnisgrößen verlagern.

Selbstverständlich werfen solche 100%-Regionalbudgets viele Fragen auf. In Ballungsgebieten in Deutschland ist es schwer, Versorgungsregionen zu definieren, die groß genug sind, um eine ausreichende Risikodiversifizierung zu erreichen, weil die Klinikdichte sehr hoch

ist. Es befinden sich in Ballungsgebieten fast immer Wettbewerber in der Nähe, die eingebunden werden müssten. In ländlichen Regionen finden sich häufiger Konstellationen, wo die Trägerstruktur derart gestaltet ist, dass man gemeinsam die Verantwortung für eine Region übernehmen kann. Denn innerhalb einer Region braucht es Kooperation, zwischen Regionen dagegen Wettbewerb. Auch braucht es mindestens die Einbindung der ambulanten fachärztlichen Versorgung und idealerweise auch von weiteren Segmenten, wie zum Beispiel der Kurzzeitpflege.

Der Fragenkatalog und die potenziellen Hürden ließen sich noch erweitern. Benstetter et al. (2020) befassen sich intensiv damit und prüfen Voraussetzungen und Potenziale des Transfers eines populationsorientierten Vergütungsansatzes nach Deutschland auf Basis einer fundierten Analyse von Modellen aus Spanien, Peru, den USA und der Schweiz. Sie zeigen Optionen einer möglichen Umsetzung in Form prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets auf. Eine bundesweit flächendeckende Einführung von Regionalbudgets muss und kann zunächst aber nicht das Ziel sein. Für den Anfang wäre es gut, wenn zum Beispiel ein Bundesland für Regionen, in denen die Gesundheitsversorgung gefährdet ist, eine Art Sonderstatus ausrufen könnte. Der Sonderstatus würde es der betroffenen Region erlauben, für die ganzheitliche Versorgung hinderliche Regeln des SGB V und ggf. weiterer Gesetzeswerke auszusetzen und über Regionalbudgets eine große Gestaltungsfreiheit zu gewinnen, die nötig ist, um tragfähige Konzepte zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in der Region erarbeiten und ausprobieren zu können.

Die Stiftung Münch hat im November 2021 mithilfe einer Reformkommission einen Forderungskatalog aufgestellt, um solche regionalen Gesundheitsbudgets einfacher pilotieren und erproben zu können. An dieser Stelle seien sie in

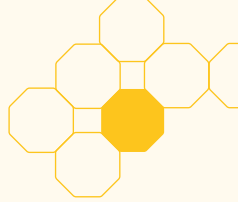
aller Kürze wiedergegeben. Vertiefende Erläuterungen finden sich in Stiftung Münch (2021).

1. Geeignete Pilotregionen identifizieren,
2. populationsbezogenes Gesundheitsbudget für die Pilotregionen festlegen,
3. Vertragslaufzeit von mindestens zehn Jahren ermöglichen,
4. Gestaltungsfreiheit für die Pilotregionen ermöglichen,
5. Qualitätsziele setzen und messen,
6. Wettbewerb zwischen Regionen stärken,
7. stationäre und ambulante Versorgung gemeinsam sicherstellen,
8. Ausschreibungspflicht und Vorstandshaftung aufheben,
9. Pilotregionen evaluieren und
10. ein Datennutzungsgesetz erlassen.

Im Rahmen solcher regionalen Gesundheitsbudgets kann durch die sektorenfreie Zusammenarbeit aller Akteure eine höhere Versorgungsqualität erreicht werden, als dies in jeweils getrennten Sektoren möglich wäre. Dazu braucht es Kooperation innerhalb und Wettbewerb zwischen Regionen sowie die Vorgabe und Kontrolle von Ergebniszielen und Qualitätstransparenz. Vor dem Hintergrund der wachsenden Ressourcenknappheit – aber nicht nur deswegen – würde es sich lohnen, dafür Pilotregionen zu identifizieren und verschiedene Capitationmodelle auszuprobieren. Dabei ist eine Variation der Capitationmodelle durchaus förderlich, um von den Unterschieden zu lernen.

Literatur

- Benstetter F, Lauerer M, Negele D, Schmid A (2020) Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Hrsg. von der Stiftung Münch. medhochzwei Verlag Heidelberg
- Stiftung Münch (2021) Wirtschaften für Gesundheit: Gesundheitsprämien für Regionen – Forderungskatalog. URL: https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2021/11/Ref.Komm_.pdf (abgerufen am 01.08.2022)



Prof. Dr. Boris Augurzky

Boris Augurzky ist seit 2003 Leiter des Bereichs „Gesundheit“ am RWI, seit 2007 Geschäftsführer der hcb GmbH, seit 2014 bei der Stiftung Münch, seit 2019 als Vorstandsvorsitzender, und seit 2016 außerplanmäßiger Professor an der Universität Duisburg-Essen. Er ist Mitglied verschiedener Ausschüsse und Beiräte: der Deutschen Krebshilfe, des Vereins für Socialpolitik, des BMC, der IQM, des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung, des WIdO, des Rates für Gesundheit und Medizinethik des Bistums Essen, der Krupp Stiftung und der Regierungskommission „Krankenhaus“.

