

Bodensee Kreis - Zukunftsforum Deutschland

PRESSEMITTEILUNG

Impulse zur Struktur des stationären Gesundheitswesens

Berlin (28. Februar 2023) – „Wir möchten Impulse geben für die Struktur des stationären Gesundheitswesens der Zukunft und stellen daher Eckpunkte für ein bedarfs- und leistungsgerechtes Finanzierungssystem der Krankenhäuser vor“, erklärte Volker Kauder (ehemaliger Vorsitzender der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag). Kauder ist Vorsitzender des auf seine Initiative gegründeten gemeinnützigen Vereins Bodensee Kreis e.V. – Zukunftsforum Deutschland.

Die Eckpunkte des Strukturpapiers fordern:

- **die konsequente Ausrichtung auf die bedarfsgerechte Versorgung,**
- **die Funktionsveränderung der DRGs hin zur nur vorläufigen Abrechnungshilfe für die retrospektive Gesamtvergütung,**
- **die medizinisch-soziale Verantwortung von Krankenhäusern als verbindliches Unternehmensziel,**
- **die retrospektive Gesamtvergütung orientiert an der Erfüllung des Versorgungsauftrages und am öffentlichen, gemeinnützigen oder privaten Charakter im Interesse der Vielfalt der Krankenträger,**
- **zielgerichtete Krankenhausplanung und „harte“ Investitionsförderung.**

In dem jetzt veröffentlichten Eckpunkte-Papier heißt es: Gerade die Pandemie hat dafür sensibilisiert, die Gesundheit als Kollektivgut anzusehen. Sie hat verdeutlicht, wie sehr eine Gesellschaft darauf angewiesen ist, dass die Krankenhäuser auf eine Gemeinwohlorientierung hin ausgerichtet sind. Ein Gesundheitssystem muss so aufgebaut sein, dass Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellen können. Gleichzeitig besteht ein legitimes öffentliches Interesse daran, die Kosten für das Gesundheitssystem nicht ausufern zu lassen.

Das Eckpunkte-Papier fordert: Das Ziel einer effizienten Leistungserbringung muss allen Strukturen zugrunde gelegt werden, weil es im allgemeinen Interesse liegt, Verschwendung zu vermeiden. Es muss aber verhindert werden, dass ökonomische Anreize Einfluss auf die medizinische Behandlungsentscheidung nehmen. Das gegenwärtige Vergütungssystem der stationären Versorgung ist grundlegend zu reformieren. Notwendig ist eine stimmige Gesamtlösung statt einer einseitigen Fixierung auf Fallpauschalen. Die Fallpauschalen dürfen nicht mehr als prospektive Vergütungsform verwendet werden, sondern sie sollen lediglich ein Anhaltspunkt für eine retrospektive Hausfallwertberechnung und bedarfs- und leistungsgerechte Gesamtvergütung sein. Die ärztliche Entscheidung über die Behandlung des einzelnen Patienten darf nicht unmittelbar und unbesehen auf die ökonomische Entscheidung über das Jahresergebnis eines Krankenhauses durchschlagen. Nur auf diese Weise werde verhindert, dass ökonomische Parameter Einfluss schon auf ärztliche

Entscheidungen als solche nehmen. Darüber hinaus kann nur durch eine konsequente, ziel- und funktionsgerechte Ausgestaltung aller Instrumente der

Versorgung der Bevölkerung bei schweren und schwersten Erkrankungen tatsächlich erfüllt werden. Insbesondere bekämen die Krankenhäuser durch eine weiterzuentwickelnde konsequente Bedarfsplanung und durch eine jeweils retrospektive, an der Erfüllung des Versorgungsauftrages und an ihrem öffentlichen, gemeinnützigen oder privaten Charakter gemessene Gesamtvergütung den Rückhalt, sich auf ihre gesundheitlich-soziale Funktion zu konzentrieren.

Das Papier kritisiert die derzeitigen Zielverfehlungen und Fehlentwicklungen im stationären Gesundheitswesen insbesondere durch DRGs.

Die mit der einseitigen Fixierung auf die Fallpauschalenregelung verbundenen Fehlentwicklungen seien die psychosoziale Rationierung und Entmenschlichung der Versorgung, was nicht im Interesse der Gesundheitsversorger und auch der Öffentlichkeit sein könne. Behandlungsentscheidungen orientierten sich an der Rentabilität statt am Gesundheitsbedarf, das DRG-System schaffe Fehlanreize für Über- und Unterversorgung. Das DRG-System setze auch die Ärzte unter ökonomischen Druck und weise ihnen eine Doppelrolle zu. Sie sollen sowohl Verantwortung für den Patienten übernehmen als auch für eine gute Erlössituation gradestehen. Das bringt die Ärzte in eine Situation der moralischen Dissonanz, weil sie sich ständig einem Zielkonflikt ausgesetzt sehen. Letztendlich führe es zu einer Erosion des Vertrauens in die Medizin, solange Ärzte nicht nur an der Güte der Behandlung, sondern zugleich an der Güte der Erlöse gemessen würden. Denn, wenn der Patient nicht mehr wisse, ob eine Empfehlung des Arztes seinem gesundheitlichen Interesse diene oder dem finanziellen Interesse des Klinikums – oder auch dem finanziellen Interesse der Krankenkassen –, werde das Vertrauensverhältnis systematisch untergraben.

Das Eckpunktepapier ist beigelegt.

Der Bodensee Kreis ist ein gemeinnütziger Verein, der am 8. November 2019 auf Initiative von Volker Kauder gegründet worden ist. Er ist ein interdisziplinäres Gesprächsforum aus bedeutenden Wissenschaftlern, die mit neuen Denkansätzen die komplexen Herausforderungen der Zukunft Deutschlands herauskristallisieren und Handlungsempfehlungen für die deutsche Politik formulieren wollen. Der Bodensee Kreis will Impulsgeber für einen offenen und konstruktiven öffentlichen Diskurs über bedeutende Zukunftsfragen unseres Landes sein. Er ist unabhängig und überparteilich.

Bodensee Kreis e. V.

Reinhardtstraße 29 A, In der Residenz Am Deutschen Theater, 10117 Berlin

Kontakt: Kai Christian Bleicken, geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Telefon: 0151-12558010

E-Mail: info@bodenseekreis-ev.de

www.bodenseekreis-ev.de



Impulse des Bodenseekreises zum Thema: Struktur des stationären Gesundheitswesens

Fünf Eckpunkte für ein bedarfs- und leistungsgerechtes Finanzierungssystem der Krankenhäuser

Gerade die Pandemie hat dafür sensibilisiert, die Gesundheit als Kollektivgut anzusehen. Sie hat verdeutlicht, wie sehr eine Gesellschaft darauf angewiesen ist, dass die Krankenhäuser auf eine Gemeinwohlorientierung hin ausgerichtet sind. Krankenhäuser sind diejenigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die der Behandlung von Patienten mit schweren und schwersten Erkrankungen dienen. Ein Gesundheitssystem muss so aufgebaut sein, dass die Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellen können. Gleichzeitig besteht ein legitimes öffentliches Interesse daran, die Kosten für das Gesundheitssystem nicht ausufern zu lassen. Um einen Ausgleich zwischen medizinischer Versorgung einerseits und Kostendämpfung andererseits zu schaffen, sieht das System des Krankenhausfinanzierungsrechts eine Vielzahl von Elementen vor: Staatliche Krankenhausplanung, Aufteilung von Investitionskosten und Betriebskosten, Fallpauschalen, Budgets für jedes einzelne Haus, Veröffentlichung von Qualitätsberichten für jedes einzelne Haus, Kontrollen der Einrichtungen und deren Abrechnungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen, etc.

I. Zielverfehlungen durch DRGs

Wegweisend für das heutige Krankenhausfinanzierungssystem war das 2003 in Kraft getretene Fallpauschalengesetz, das einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung darstellte. Das sogenannte DRG-Gesetz (Diagnosis Related Groups) schaffte die Selbstkostendeckung ab und ersetzte das retrospektive Kostenerstattungsprinzip durch eine pauschalierte Finanzierung, nach der für jeden Patienten je nach Diagnose eine Pauschale gezahlt wird, unabhängig davon, welcher Aufwand tatsächlich entstanden ist. Man versprach sich mit dieser weitreichenden Umstellung einerseits eine Reduzierung der Krankenhauskosten, weil man davon ausging, dass die Krankenhäuser einen Anreiz dazu erhielten, die Behandlungen so kostengünstig wie möglich auszugestalten. Andererseits versprach man sich davon eine „Flurbereinigung“ der Krankenhauslandschaft; man erhoffte sich, durch den ökonomischen Druck einen Abbau unnötiger Krankenhäuser erreichen zu können. Beachtlich und auch bemerkenswert ist, dass in Deutschland die DRGs auf hundert Prozent aller Diagnoseschlüssel umgesetzt werden und wir hier im globalen Vergleich eine Alleinstellung einnehmen.

Wie sich nun nach 18 Jahren zeigt, sind beide Ziele verfehlt worden. Zum einen sind die Kosten im stationären Sektor seit der Einführung der Fallpauschalen nicht gesunken, sondern noch weiter gestiegen. Zum anderen hat es zwar eine Dezimierung der Krankenhäuser gegeben, aber das Ziel, die unnötigen Krankenhäuser über die ökonomischen Parameter auszuwählen und nur noch Krankenhäuser zu haben, denen ein Bedarf gegenübersteht, wurde nicht erreicht. Dieses Ziel wurde nicht erreicht, weil die Fallpauschalenregelung den Krankenhäusern einen Anreiz bietet, sich nicht primär am Bedarf, sondern an der Lukrativität der



Diagnosen zu orientieren. DRGs sind kein geeignetes Instrument, um die Krankenhauslandschaft zu entwickeln, weil die Finanzierung über die DRGs die Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit unberücksichtigt lässt.

II. Fehlentwicklungen durch DRGs

Mit der Umstellung der Finanzierung wurden aber nicht nur die selbst gesteckten Ziele nicht erreicht. Es wurden neue Probleme geschaffen, auf die man eine politische Antwort finden muss. Die mit der einseitigen Fixierung auf die Fallpauschalenregelung verbundenen Fehlentwicklungen sind die folgenden:

1. Psychosoziale Rationierung und Entmenschlichung der Versorgung

Der mit der DRG-Einführung erzeugte Einspardruck hat zu einer enormen Arbeitsverdichtung, zur Minimierung der Kontaktzeit und zu einem massiven Stellenabbau, insbesondere bei der Pflege geführt.¹ Zwar ist eine grundsätzliche Steigerung der Effektivität und eine damit verbundene Steigerung der Effizienz in Arbeitsprozessen grundsätzlich zu befürworten, aber im Gesundheitswesen spielt im Gegensatz zum produzierenden Gewerbe die Kontaktzeit eine wichtige Rolle für die Erbringung einer guten Leistung. Somit gefährdet eine exzessive Verknappung der Kontaktzeit nicht nur die Qualität der Medizin, sondern untergräbt die Identifikationsmöglichkeit der Heilberufe mit ihrem Tun. Die Gesundheitsversorgung ist kein industrieller Wertschöpfungsprozess. Daher erweist sich der mit den DRGs systematisch eingebaute und angestrebte Skaleneffekt als Ausdruck einer Fehlentwicklung. Folge der DRG-Einführung ist also nicht primär der Abbau von Verschwendung, sondern die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen. Die über die Fallpauschalenregelung erzwungenen Einsparungen können vor diesem Hintergrund nicht rundum als wirtschaftlich sinnvolle Einsparungen gedeutet werden. Sondern es sind **Einsparungen am falschen Ende**, denn die Minimierung der Kontaktzeit führt zu einer **psychosozialen Rationierung** und geht damit zulasten der Interessen der Patienten und zulasten der Arbeitszufriedenheit der Heilberufe. Dies liegt daran, dass der Personalkostenanteil in einer Humanmedizin immer höher als bei industriellen Prozessen sein muss, da sich die Prozesse nicht beliebig automatisieren lassen. Es zeigt sich immer mehr, dass die DRGs humane, patientenzentrierte Versorgungskonzepte nicht zulassen und im Gegenteil die personell aufwendigen und wenig technischen Disziplinen (z. B. Kinderheilkunde) nicht adäquat berücksichtigen.² Dies führt zu einer **Entmenschlichung der medizinischen Versorgung**, was nicht im Interesse der Gesundheitsversorger und auch der Öffentlichkeit sein kann.

¹ Simon, M. (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. *Pflege & Gesellschaft* 14 (2): 101-123

² Böhmann, J. (2019): Veränderungen im Alltag einer Versorgungsklinik in 15 Jahren DRG - 40 Jahre Erfahrungen in der Kinderheilkunde. In: Dieterich A., Braun B., Gerlinger T., Simon M. (Hrsg.): *Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*. Wiesbaden: Springer VS, S. 107-126



2. Behandlungsentscheidung orientiert an der Rentabilität statt am Gesundheitsbedarf

Das DRG-System schafft **Fehlanreize für Über- und Unterversorgung**: Das gegenwärtige System berücksichtigt nicht, dass die korrekte Diagnose verbunden mit einer Indikationsstellung für differentialtherapeutische Überlegungen die Königsdisziplin der medizinisch-therapeutischen Wissenschaft darstellt. Wenn diese Indikationsstellung und differenztherapeutischen Überlegungen ökonomischen Prinzipien unterworfen sind, führt das zu Fehlanreizen. So macht es der Anteil an lukrativen Pauschalen für die Akteure ökonomisch sinnvoll, die Fallzahl auch dann zu erhöhen, wenn die Maßnahmen gar nicht medizinisch sinnvoll sind – in der Hoffnung, unnötige Behandlungen werden durch den medizinischen Dienst nicht entdeckt. Umgekehrt übt der Anteil nicht lukrativer Pauschalen ökonomischen Druck auf die Ärzte aus, entsprechende Fälle nicht zu diagnostizieren, nur unzureichend zu behandeln oder gar an andere Krankenhäuser weiterzuleiten.³ Das führt zu einer Unterversorgung und damit zu einer Ausdünnung der Krankenhauslandschaft gerade in den Sektoren, die für die Zukunft einer alternierenden Bevölkerung besonders erhaltenswert wären⁴. Durch das DRG-System werden die Krankenhäuser mithin dazu angehalten, sich **weniger am Gesundheitsbedarf** der Bevölkerung zu orientieren, sondern **stattdessen** an der **Rentabilität** ihrer Leistungen.

3. Zielkonflikt für Ärzte

Das DRG-System setzt auch die Ärzte unter ökonomischen Druck und weist ihnen eine Doppelrolle zu. Sie sollen sowohl Verantwortung für den Patienten übernehmen als auch für eine gute Erlössituation gradestehen. Das bringt die Ärzte in eine Situation der moralischen Dissonanz, weil sie sich ständig einem **Zielkonflikt** ausgesetzt sehen⁵. Die dysfunktionale Ausgestaltung des DRG-Systems konterkariert die eigentliche Aufgabe der Ärzte, die richtige Diagnose zu stellen und die medizinisch gebotene Behandlung möglichst ökonomisch zu gewähren. Das DRG-System belohnt die Steigerung der Eingriffszahlen, selbst dann, wenn die Eingriffe gar nicht notwendig waren, und bestraft umgekehrt das Unterlassen einer notwendigen Behandlung nicht. Damit hat das DRG-System nicht etwa zur Verringerung von Verschwendung gesorgt, sondern es stiftet durch die Fehlanreize eher zur Verschwendung an, indem es Aktivismus belohnt und Sorgfalt bestraft.

³ Simon, M. (2019): Das deutsche DRG-System: Weder Erfolgsgeschichte noch leistungsgerecht. In: Dieterich A., Braun B., Gerlinger T., Simon M. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS, S. 295-324

⁴ Bundesministerium für Finanzen (Hrsg.) (2108): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesministerium der Finanzen. Berlin: Bundesministerium für Finanzen.

⁵ Wehkamp, K. H. u. Naegler H. (2018): Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.



4. Erosion des Vertrauens in die Medizin

Solange Ärzte nicht nur an der Güte der Behandlung, sondern zugleich an der Güte der Erlöse gemessen werden, führt eine solche Situation zu einer sukzessiven Erosion des öffentlichen **Vertrauens in die Medizin**. Denn wenn der Patient nicht mehr weiß, ob eine Empfehlung des Arztes seinem gesundheitlichen Interesse dient oder dem finanziellen Interesse des Klinikums – oder auch dem finanziellen Interesse der Krankenkassen -, wird das Vertrauensverhältnis systematisch untergraben.

III. Empfehlungen für ein bedarfs- und leistungsgerechtes Finanzierungssystem der Krankenhäuser

Die mit unseren Empfehlungen zu erreichenden Ziele sind die folgenden:

- Ausrichtung der Versorgung am Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit
- Weitgehende Verhinderung ökonomisch motivierter ärztlicher Entscheidungen
- Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots
- Bewahrung des öffentlichen Vertrauens in das Gesundheitssystem

Zur Erreichung dieser Ziele empfehlen wir eine Reform des Krankenhausfinanzierungssystems mit folgenden Eckpunkten:

1. Konsequente Ausrichtung auf die bedarfsgerechte Versorgung

Im Zentrum der Instrumente der Krankenhausfinanzierung muss die **Bedarfsgerechtigkeit** stehen. Die Krankenhäuser haben eine gesundheitlich-soziale Aufgabe. Sie sind Orte der gesundheitlichen Daseinsvorsorge und müssen so strukturiert und finanziert sein, dass ihre Orientierung an der qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung erhalten bleibt und erkennbar wird. Nach dem Grundgesetz ist der Staat dazu verpflichtet, eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern sicherzustellen. Daher ist es zentrale Aufgabe der Politik, das Krankenhausfinanzierungssystem konsequent auf die bedarfsgerechte Versorgung auszurichten, die Krankenhauslandschaft nach diesem Ziel politisch zu steuern und diese Steuerung nicht Rentabilitätskalkülen zu überlassen. Das **Krankenhausfinanzierungssystem** muss daher in **allen** seinen Elementen konsequent **zielgerecht** ausgestaltet sein. Zielgerecht ist es dann, wenn Verschwendung vermieden und die Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen gefördert wird.

2. Funktionsveränderung der DRGs hin zur nur vorläufigen Abrechnungshilfe für die retrospektive Gesamtvergütung („weiche DRGs“)

Für dieses Ziel der Bedarfsgerechtigkeit bedarf es einer **grundlegenden Reform des Vergütungssystems**. Konkret sind dafür die Fallpauschalen so zu kalkulieren und auszugestalten, dass im Einzelfall, d.h. schon auf der Mikroebene medizinisch notwendige Leistungen



ökonomisch gefördert und medizinisch nicht notwendige Leistungen ökonomisch bestraft werden. Nur so wird eine echte Leistungsgerechtigkeit der Krankenhausvergütung erreicht. Um den Besonderheiten von Einzelfällen besser Rechnung zu tragen, ist die bisherige Striktheit der DRGs als Festpreise aufzuheben und stattdessen auf eine „weiche“ Funktion als vorläufige Abrechnungshilfe im Rahmen eines neu gestalteten Budgetprogramms umzustellen. Das DRG-System kann im Rahmen seiner Umgestaltung als Abrechnungshilfe für die Gesamtvergütung eines Krankenhauses auf der Makroebene angewendet werden.

3. Medizinisch-soziale Verantwortung von Krankenhäusern als verbindliches Unternehmensziel

Der medizinisch-ökonomische Zielkonflikt für Ärzte muss beseitigt werden. Zu diesem Zweck sollten auch **Betreiber von Krankenhäusern** in die Pflicht genommen und in die **medizinisch-soziale Verantwortung** von Krankenhäusern eingebunden werden. Dafür muss die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen und die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Leistungen als gesetzlich **verbindliches Unternehmensziel** etabliert werden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um öffentliche, gemeinnützige oder private Betreiber handelt. Damit sind auch die Gesellschafter, Aufsichts- und Beiräte sowie Vorstände und Geschäftsführer von Krankenhäusern auf das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung verpflichtet und sieht sich auch die „Eigentümerebene“ in der Verantwortung, einer einseitig ökonomischen Ausrichtung von Krankenhäusern entgegenzuwirken. Betreiber und angestellte Krankenhausärzte sitzen damit gewissermaßen in demselben Boot.

4. Retrospektive Gesamtvergütung orientiert an der Erfüllung des Versorgungsauftrages und am öffentlichen, gemeinnützigen oder privaten Charakter im Interesse der Vielfalt der Krankenhausträger

Bei den krankenhausesindividuellen **Budgetvereinbarungen**, die zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern vereinbart werden, muss stärker auf die Spezifität der jeweiligen Häuser Rücksicht genommen werden. Durch eine entsprechende Umgestaltung der Budgetfunktion soll dem jeweiligen Versorgungsauftrag und dem jeweiligen öffentlichen, gemeinnützigen oder privaten Charakter des Betreibers passgenauer Rechnung getragen werden. Die Abrechnungs-DRGs könnten über den Landesbasisfallwert hinaus durch einen spezifischen „**Hausfallwert**“ als im Rahmen des Budgets individuell und **retrospektiv** gemessen an der Erfüllung des Versorgungsauftrages und am öffentlichen, gemeinnützigen oder privaten Charakter des Hauses festzulegendem Faktor flexibler am Leistungsgeschehen und am Selbstverständnis des einzelnen Krankenhauses orientiert werden. Darüber hinaus sollen die Budgets gute Leistung nicht mehr bestrafen, sondern unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages und des Ziels der Vielfalt der Krankenhausträger belohnen. Vor allem müssen Steigerungen bei den Personalkosten aufgrund tarifvertraglicher Vereinbarungen zu 100% berücksichtigt werden. Die untertarifliche Bezahlung von Krankenhauspersonal ist keine Wirtschaftlichkeitsreserve und muss ausgeschlossen sein. Damit soll der gesetzliche Auftrag, für leistungsfähige Krankenhäuser Sorge zu tragen, in effektiver Weise umgesetzt werden.



5. Zielgerichtete Krankenhausplanung und „harte“ Investitionsförderung

Die bedarfsgerechte Ausrichtung der deutschen Krankenhauslandschaft kann nur durch einen **Krankheitsversorgungsplan** mit klaren Zielvorgaben entwickelt werden und nicht durch die DRGs. Aus einem solchen Krankheitsversorgungsplans würden sequentiell die Krankenhausbedarfspläne der Länder abgeleitet, die sich an den häufigsten Erkrankungen, ihrer Dringlichkeit bei der Versorgung und damit der zumutbaren Transferzeit in ein Zentrum orientiert und eventuell durch eine geeignete Patiententransportlogistik (Helikopter) unterstützt werden muss. Der Krankheitsversorgungsplan muss durch die Vertragsparteien auf Bundesebene als Zielplan zur Förderung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung aufgestellt werden. Er konkretisiert die sich aus dem Grundgesetz ergebende Verantwortung der Länder für die unmittelbare Krankenhausplanung und steht daher im Einklang mit dem Föderalismus- und Subsidiaritätsprinzip. Die **Bedarfsplanung und Investitionsförderung** der Länder muss strikt auf die medizinische Bedarfsgerechtigkeit ausgerichtet sein. Der Investitionsstau muss zügig abgebaut werden. Die Nichterfüllung der Anforderungen an die Investitionsförderung muss mit Strafzahlungen für die betreffenden Länder belegt werden. Die bislang faktisch „weiche“ Investitionsförderung muss zu einer Investitionsförderung „mit Biss“ werden. Die Investitionsförderung muss eine harte und durchsetzbare Pflicht der Länder sein, um das Ziel der leistungsfähigen Krankenhäuser effizient zu erreichen.

IV. Zusammenfassung

Das Ziel einer effizienten Leistungserbringung muss allen Strukturen zugrundegelegt werden, weil es im allgemeinen Interesse liegt, Verschwendung zu vermeiden. Es muss aber verhindert werden, dass ökonomische Anreize Einfluss auf die medizinische Behandlungsentscheidung nehmen. Das gegenwärtige Vergütungssystem der stationären Versorgung muss grundlegend reformiert werden. Notwendig ist eine stimmige Gesamtlösung statt einer einseitigen Fixierung auf Fallpauschalen. Die Fallpauschalen dürfen nicht mehr als prospektive Vergütungsform verwendet werden, sondern sie sollen lediglich ein Anhaltspunkt für eine retrospektive Hausfallwertberechnung und bedarfs- und leistungsgerechte Gesamtvergütung sein. Die ärztliche Entscheidung über die Behandlung des einzelnen Patienten darf nicht unmittelbar und unbesehen auf die ökonomische Entscheidung über das Jahresergebnis eines Krankenhauses durchschlagen. Nur auf diese Weise wird verhindert, dass ökonomische Parameter Einfluss schon auf ärztliche Entscheidungen als solche nehmen. Darüber hinaus kann nur durch eine konsequente, ziel- und funktionsgerechte Ausgestaltung **aller** Instrumente der Krankenhausfinanzierung der verfassungsrechtliche Auftrag einer **bedarfsgerechten Versorgung** der Bevölkerung bei schweren und schwersten Erkrankungen tatsächlich erfüllt werden. Insbesondere bekommen die Krankenhäuser durch eine weiterzuentwickelnde konsequente Bedarfsplanung und durch eine jeweils retrospektive, an der Erfüllung des Versorgungsauftrages und an ihrem öffentlichen, gemeinnützigen oder privaten Charakter gemessene Gesamtvergütung den Rückhalt, sich auf ihre gesundheitlich-soziale Funktion zu konzentrieren.



Die grundlegende Reform des Krankenhausfinanzierungsrechts muss zusammengefasst vor allem die folgenden fünf Eckpunkte enthalten:

- 1. Konsequente Ausrichtung auf die bedarfsgerechte Versorgung**
- 2. Funktionsveränderung der DRGs hin zur nur vorläufigen Abrechnungshilfe für die retrospektive Gesamtvergütung („weiche DRGs“)**
- 3. Medizinisch-soziale Verantwortung von Krankenhäusern als verbindliches Unternehmensziel**
- 4. Retrospektive Gesamtvergütung orientiert an der Erfüllung des Versorgungsauftrages und am öffentlichen, gemeinnützigen oder privaten Charakter im Interesse der Vielfalt der Krankenhausträger**
- 5. Zielgerichtete Krankenhausplanung und „harte“ Investitionsförderung**

Berlin, den 16.06.2021

Verfasser:

- **Prof. Dr. med. Giovanni Maio**
- **Prof. Dr. med. Hanns-Peter Knaebel**
- **Prof. Dr. jur. Heinz-Uwe Dettling**

Die Verfasser sind Mitglieder des Gesprächsforums des Bodensee Kreis e.V.

Der Bodensee Kreis e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der am 8. November 2019 auf Initiative von Volker Kauder gegründet worden ist. Er ist ein interdisziplinäres Gesprächsforum aus bedeutenden Wissenschaftlern, die mit neuen Denkansätzen die komplexen Herausforderungen der Zukunft Deutschlands herauskristallisieren und Handlungsempfehlungen für die deutsche Politik formulieren wollen. Der Bodensee Kreis will Impulsgeber für einen offenen und konstruktiven öffentlichen Diskurs über bedeutende Zukunftsfragen unseres Landes sein. Er ist unabhängig und überparteilich.

Bodensee Kreis e. V.

*Reinhardtstraße 29 A, In der Residenz Am Deutschen Theater
10117 Berlin*

Kontakt:

Kai Christian Bleicken, geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Telefon: 0151-12558010

E-Mail: info@bodenseekreis-ev.de

www.bodenseekreis-ev.de