

Krankenhauspolitik:

Mehr Kopien als Innovationen

Noch wissen die Unikliniken nicht, wie sich das Krankenhausstrukturgesetz für sie finanziell auswirken wird, da wirft die Deutsche Hochschulmedizin auf ihrem Frühjahrsforum schon einen Blick ins Jahr 2025.

VON JULIA FRISCH

BERLIN. Deutschland, das Land der Dichter und Denker: In der Gesundheitspolitik fällt ihm nichts anderes ein, als Ideen aus anderen Ländern zu kopieren, anstatt eigene Lösungen zu suchen. So lief es beim Fallpauschalen-System. „Kein anderes Land hat das DRG-System so puristisch umgesetzt wie wir“, sagte Professor Jonas Schreyögg, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dem auf dem Frühjahrsforum in Berlin der Blick in die Zukunftskugel oblag. Während in Deutschland die DRG für die Vergütung eine Relevanz von 80 Prozent haben, liege diese in anderen OECD-Ländern bei 40 bis 50 Prozent. „Wir sind Follower, aber keine Innovatoren. Wir werden weiter alles kopieren aus anderen Ländern“, so Schreyögg.

Mischvergütung an der Schnittstelle

Wenn Deutschland in der Gesundheitspolitik ohnehin nur abkuppert, dann kann es beim Blick über die Grenzen immerhin sehen, wo in den kommenden Jahren Nachbesserungen bei der hiesigen Krankenhausfinanzierung möglich wären. „Wir müssen nicht weg vom DRG-System, wir müssen aber viele Modifikationen machen“, sagte der Gesundheits-Sachverständige.

Zum Beispiel bestehe in vielen OECD-Ländern außerhalb Deutschlands eine „durchlässigere Ambulantisierung“. Sonstige Vergütungskomponenten wie die im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vorgesehenen Zentrenzuschläge spielten schon viel länger eine größere Rolle, und die Vergütung für die Krankenhäuser sei regional differenziert. Letzteres würde Jonas Schreyögg auch für Deutschland empfehlen: einen regionalisierten Preisindex, anhand dessen der Basisfallwert automatisiert – also ohne



Blick in einen Op-Saal: Unikliniken sollten sich auf komplexe Fälle konzentrieren, rät Experte Schreyögg. © KZENON/FOTOLIA.COM

„

Wir sind Follower, aber keine Innovatoren. Wir werden weiter alles kopieren aus anderen Ländern.

Professor Jonas Schreyögg
Mitglied des Sachverständigenrats

Verhandlungen und rein faktenbasiert – angepasst werden könnte. An der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor schlägt der Wissenschaftler eine Mischvergütung vor. Für einen Katalog von 400 ambulant zu erbringenden Leistungen könnte es einen Entgelt-Mix zwischen EBM und DRG geben. Zudem würde Schreyögg für diese Leistungen den Wettbewerb zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern vollständig öffnen.

Investitionskostenrauerspiel

Weitere Punkte, denen sich die Politik in den Jahren bis 2025 annehmen könnte, sind laut Schreyögg: die Integration von nicht-mengenabhängigen Vergütungskomponenten wie etwa auf Ist-Kosten basierende Strukturpauschalen für die Vorhaltung von Rettungsstellen. Zu- und Abschläge sollten abgeschafft und lieber, wenn sie überhaupt Wirkung entfalten, in die DRG integriert werden. Der derzeitige einheitliche Durchschnittskostenansatz sei abzuschaffen, um besondere Versorgungsstrukturen besser und gerechter zu vergüten. Die Kostenunterschiede ließen sich mühe-los untersuchen und berechnen,

wenn die Kalkulationsstichproben – wie in anderen Ländern – endlich für Forschungszwecke freigegeben würden.

Keine Hoffnung auf Besserung besteht in den kommenden Jahren allerdings bei der Investitionskostenfinanzierung, die das Krankenhausstrukturgesetz – obwohl eines der drängendsten Probleme – links liegen gelassen hat. Das Problem werde sich wegen des Demografiewandels noch verschärfen, so Schreyögg. Von den Ländern sei hier keine höhere Zahlungsbereitschaft zu erwarten. Ebenso wenig werde der Bund einspringen und das Füllhorn ausschütten. Er müsse nämlich ab 2030 das Renten- und Gesundheitssystem massiv stützen, prophezeite Schreyögg. Kreative Lösungen seien deshalb gefragt wie etwa Kooperationen zwischen den Kliniken oder mit dem ambulanten Sektor.

„Bis 2020 werden wir Änderungen sehen“, sagte Schreyögg. Grundsätzlich empfahl er den Unikliniken, sich auf die komplexen Fälle zu konzentrieren. „Sie müssen sich als Hochschulen abgrenzen über das, was sie besonders gut können“, sagte das Mitglied im Sachverständigenrat.