

Kapitel I.6

DRG – vom Festpreis zum Marktpreis

Die DRG sind bislang ein Festpreissystem. Ihre Auswirkungen können noch gesteigert werden, wenn man die Festpreise zu Durchschnittspreisen macht (eine Kostensenkung in einem Teil der Krankenhäuser senkt den Durchschnitt und erhöht damit den Spardruck für alle – ein klassischer Kellertreppeneffekt) oder wenn man sie in Richtung frei verhandelbare Marktpreise weiterentwickelt. Genau auf diesem Weg sind wir spätestens seit 2011.

► Qualitätsorientierte Bezahlung (PayFor Performance – P4P)

Unter dem Deckmantel »Qualitätsvergütung« wurden mit dem Krankenhausstrukturgesetz von 2015 qualitätsabhängige Zu- und Abschläge auf die bisherigen Festpreise und so genannte Qualitätsverträge eingeführt. Bei schlechter oder guter Leistung können die Kassen Zu- oder Abschläge vereinbaren. Bei vier ausgewählten Behandlungsgruppen (Endprothetische Gelenkversorgung, Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patient*innen, Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patient*innen, Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus) können die Kassen mit ausgewählten Krankenhäusern Verträge über die Vergütung schließen. Bisher sind das zwar nur vier Behandlungsgruppen, aber die Vorläufer der DRG waren 1993 auch nur 16 Fallpauschalen.

Eine solche Leistungsvergütung – man nennt sie auch Pay for Performance (P4P) – wird vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits seit 1997 gefordert. Das Bundesgesundheitsministerium hat 2012 eine umfassende Studie hierzu in Auftrag gegeben. Zusammenfassend heißt es darin: *»Bislang ist es in Studien noch nicht gelungen, zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten (Pay for Performance) nachzuweisen (...) Die Komplexität medizinischer Versorgung sowie die systemischen Optimierungs- und Umge-*

hungsreaktionen beeinflussen die Ergebnisse einiger Projekte durch diverse Selektionseffekte sehr. (...) Trotz der mangelnden überzeugenden Evidenz für die Wirksamkeit von P4P sind die meisten der Befragten in Deutschland der Ansicht, dass P4P in der Zukunft eine größere Rolle spielen wird.»⁸

Verklausuliert wird hier gesagt: Ein Nutzen lässt sich zwar nicht feststellen, negative Anreize sind wahrscheinlich, wir machen es aber trotzdem, Hauptsache der Weg Richtung marktwirtschaftliche Umgestaltung der Daseinsvorsorge wird fortgesetzt.

Auch das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) warnte vor der unüberlegten Einführung qualitätsorientierter Vergütung⁹, denn negative Erfahrungen aus den USA liegen bereits seit über zwanzig Jahren vor, aus Großbritannien seit über zehn Jahren. Nirgendwo konnte bisher der Nachweis erbracht werden, dass die praktischen Wirkungen den theoretischen Vorstellungen selbsternannter Gesundheitsfachleute entsprachen. Eine breite Einführung hatte keine bis negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung insgesamt.¹⁰

Einmal ganz abgesehen davon, dass die beste Garantie für eine bessere Qualität der Versorgung mehr Fachpersonal wäre, ist zu bezweifeln, dass Messungen der Ergebnisqualität für relevante Teile des Krankenhausesgeschehens statistisch überhaupt sauber möglich sind: Stimmt die Indikation?¹¹ Ist das Auftreten einer Komplikation auf das Krankenhaus oder die Vor- und/oder Nachbehandlung durch andere oder auf das Krankheitsbild selbst bzw. den Patienten zurückzuführen? Misst man bis zum Ende des Krankenhausaufenthaltes oder betrachtet man die Langzeitergebnisse?

Außerdem müssten wichtige Kriterien der Ergebnisqualität weiche Faktoren sein, die sich nicht in Zahlen messen lassen (z.B. Zuwendung, empathischer Umgang mit Patient*innen, Unterstützung selbstbestimmter Entscheidungsprozesse des Patienten im Behandlungsverlauf etc.). Die Reduzierung der Ergebnisqualität der

8 BQS: »Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung«, 2012

9 »Qualitätsorientierte Vergütung: Die Diskussion geht weiter«, *Ärzteblatt.de*, 24. September 2014

10 Julia James: »Health Policy Brief: Pay-for-Performance«, *Health Affairs*, 11. Oktober 2012; K. E. Joynt, A. K. Jha: »Characteristics of hospitals receiving penalties under the Hospital Readmissions Reduction Program«, in *JAMA*, Januar 2013, Nr. 4, S. 342 f.

11 Bei allen statistischen Auswertungen der Qualität von Behandlungsergebnissen ist bislang die Indikation die absolute *Black Box*. Sie wird nicht geprüft, hat aber erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse. Und eigentlich ist sie der entscheidende Parameter, wenn man von den Interessen und Bedürfnissen der Patient*innen ausgeht. Denn: Was nützt mir ein gutes Operationsergebnis, wenn die Operation eigentlich überflüssig war?

medizinischen Behandlung auf in Zahlen messbare und statistisch zu verarbeitende Parameter ist zwar einfach und praktisch, aber letztlich hinsichtlich der Aussagekraft hoch problematisch. Einen so reduzierten Qualitätsbegriff dann zum Kriterium für Belohnung und Bestrafung durch Zuschläge und Abschläge zu machen, ist einer der größten Skandale in der »Fortentwicklung« des DRG-Systems.

Wenn solche Qualitätsmessungen unmittelbaren Einfluss auf die finanziellen Ergebnisse haben, muss man mit unerwünschten Folgewirkungen rechnen: Es besteht ein erheblicher finanzieller Anreiz, Daten zu schönen oder schlicht zu fälschen. Und es besteht ein weiterer, schwerwiegender Anreiz zur Patientenselektion. Das kann vom Weiterverlegen schwerer Fälle bis zur Jagd nach »jungen, gesunden« Patient*innen gehen.

Eine Studie aus den USA untersuchte, ob ein Zusammenhang zwischen aussagekräftig gemessener Qualität und einem Qualitätsabschlag in einem Programm zu qualitätsorientierter Vergütung besteht. Das Ergebnis war grotesk: Es waren gerade diejenigen Kliniken von Vergütungsabschlägen betroffen, die in einer Reihe von gut validierten Qualitätsbewertungen besser abschnitten. Offensichtlich wurden diejenigen Kliniken von den Qualitätsabschlägen benachteiligt, die besonders leistungsstark waren, Komplikationen überdurchschnittlich sorgfältig dokumentierten und sich auch an die Therapie von Patient*innen heranwagten, die von anderen Krankenhäusern abgewiesen oder dorthin verlegt wurden, die also keine Risikoselektion betrieben hatten.¹²

Auch der Großteil der Projekte zur Messung der Struktur- und Prozessqualität ist nichts anderes als Marketing. Es geht um das Zertifikat (»um den Stempel«), das nützlich ist zum Kundenfang. Dies sieht man schon daran, dass es bei Zertifizierungen im Normalfall nur um die papierene Beschreibung von Strukturen und Abläufen und die Kenntnis dieser Beschreibungen geht. Ob die Beschäftigten das bei ihrer Arbeitsbelastung umsetzen können, ist von untergeordneter Bedeutung. Dementsprechend wird auch eine ausreichende Personalbemessung überwiegend weder geprüft noch vorgeschrieben.

Natürlich gibt es auch im Krankenhaus schlechte Qualität. Statt aber Krankenhäuser oder Abteilungen, die tatsächlich eine schlechte Qualität haben, in die Lage zu versetzen, diese zu verbessern, wird ihnen der Geldhahn zugedreht. Was das mit

12 Ravi Rajaram, Jeanette W. Chung, Christine V. Kinnier et al.: »Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program«, JAMA 2015; 314(4), S. 375-383

der Qualität macht ist klar. Aber darum geht es auch nicht. Sie sollen »vom Markt genommen« werden, wie es so schön heißt.

► Einstieg in Selektivverträge

Für die Krankenkassen verwirklicht sich mit den Qualitätszuschlägen und -abschlägen und den Qualitätsverträgen ein langgehegter Wunsch. Der bescheidene Anfang ist, dass bestimmte Krankenhäuser von den Kassen eine bessere Vergütung erhalten, was ihnen einen Konkurrenzvorteil verschafft. Umgekehrt könnten Krankenhäuser, deren Existenz den Kassen nicht so wichtig ist, mit Abschlägen noch mehr in Finanzschwierigkeiten, bis hin zum Ruin, getrieben werden. Genauso würde es auch mit den Qualitätsverträgen funktionieren. Der nächste, nur noch kleine Schritt wäre dann, den Kassen das Recht zuzugestehen, nur noch mit den Krankenhäusern Verträge abzuschließen, mit denen sie es wollen (Selektivverträge).

Eigentlich haben aber die Bundesländer den gesetzlichen Auftrag, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicherzustellen. Zu diesem Zweck erstellen sie einen Krankenhausplan und entscheiden damit über die Anzahl der erforderlichen Krankenhäuser und Betten. Ist ein Krankenhaus in einen Landeskrankenhausplan aufgenommen, so ist damit der Rechtsanspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen verbunden. Diesen Rechtsanspruch nennt man *Kontrahierungszwang*. Er macht im Rahmen eines Systems der Daseinsvorsorge Sinn, weil sonst der Krankenhausplan unterlaufen werden könnte, weil die Plankrankenhäuser gesetzlich (Landeskrankenhausgesetze) verpflichtet sind, bei der Versorgung der Patient*innen zusammenzuarbeiten und weil im anderen Fall unnötig Steuergelder für Investitionen verschwendet würden.

Bei Marktsystemen wie dem DRG-System wirkt der Kontrahierungszwang störend, weil er der vollständigen Entfaltung der Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander im Wege steht. Man sieht: Zusammenarbeit und Kontrahierungszwang oder allseitige Konkurrenz, diese zwei völlig gegenläufigen Prinzipien stoßen immer wieder aufeinander.

Seit Ende der 80er Jahre hat deshalb der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinen Gutachten immer wieder die Abschaffung des Kontrahierungszwanges gefordert: »*Notwendig ist es, die Kassen von der Verpflichtung zu befreien, mit jedem im Krankenhausbedarfsplan vertretenen Krankenhaus Verträge zur Sicherstellung der Krankenhauspflege abzuschließen.*« (Jahresgutachten 1987) »*Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist vom Sachverständigenrat*

digenrat schon im Jahresgutachten 1987 als geeignetes Mittel angesehen worden, um unwirtschaftliche Krankenhäuser von der Versorgung auszuschließen». (Jahresgutachten 1989)

Früher wurde diese Abschaffung auch »Einkaufsmodell der Krankenkassen« genannt, was sich aber im Zusammenhang mit Gesundheit nicht so gut anhört. »Qualitätsverträge« und »Abschaffung des Kontrahierungszwanges« oder »Selektivverträge« lässt sich da doch viel zwangloser in die Kampagne für Qualitätswettbewerb und gegen Staatswillkür und Regulierungswut einsortieren.

Die Selektivverträge sind eine der Grundforderungen der Kassen zur Vermarktwirtschaftlichung der Krankenhausfinanzierung: *»Der Kontrahierungszwang führt dazu, dass Krankenhäuser mit schlechter Qualität den gleichen Vergütungsanspruch haben wie Krankenhäuser, die eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen. Die Folge ist, dass die Patienten nicht optimal versorgt werden. Für planbare stationäre Leistungen sollte (...) ein Ausschreibungsmodell Anreize setzen, die Versorgungsqualität zu erhöhen.«¹³*

Die jetzigen DRG sind ein Festpreissystem. Die Preise sind zwar zu niedrig, sie können durch Konkurrenzkampf aber nicht noch weiter abgesenkt werden. Mit der gesetzlichen Freigabe von Selektivverträgen sowie Zu- und Abschlägen werden aber auch die Preise freigegeben. Der Wettbewerb droht nun ein Dumpingwettbewerb der Krankenhäuser untereinander zu werden – auf dem Rücken der Beschäftigten und der Patient*innen.

Ganz nebenbei würde die Durchsetzung von Selektivverträgen jegliche Bedarfsplanung durch die Länder konterkarieren: Das Land legt fest, dass ein bestimmtes Krankenhaus bedarfsnotwendig ist, und die Kassen schließen keinen Vertrag mit diesem Krankenhaus ab. Es wäre absurd, Investitionen für Krankenhäuser zu finanzieren, die anschließend keine Verträge und damit keine Patient*innen hätten. Die Planungshoheit ginge so real an die Kassen über.

Damit wird klar, dass nicht Qualität das Ziel ist, sondern die »Qualitätsprosa« lediglich als Mittel eingesetzt werden soll, um ganz andere Zwecke zu erreichen: möglichst viele Betten zu schließen und Krankenhäuser »aus dem Markt zu drängen«.

13 GKV-Spitzenverband: »14 Positionen für 2014 – Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes«, Berlin 2013, als pdf unter www.gkv-spitzenverband.de

► Einpreisung der Investitionskosten in die DRG und Monistik

Aus der Marktlogik heraus ist auch klar, dass Preise unvereinbar sind mit dualer Finanzierung und staatlicher Planung. Deswegen stehen die Monistik und die »Einpreisung« der Investitionskosten in die DRG noch immer ganz oben auf der neoliberalen Agenda. Da die Länder ihrer Finanzierungsverpflichtung zunehmend nicht mehr nachkommen und die Krankenhäuser auch bei den Investitionskosten massiv unterfinanziert sind, werden Überlegungen angestellt, die Krankenhausfinanzierung auf die so genannte Monistik umzustellen. (Kapitel 1.5)

Die bestehende duale Finanzierung (Investitionen werden durch die Länder finanziert, die auch für die Planung und die Sicherstellung der Versorgung zuständig sind, die laufenden Kosten durch die Kassen) wird bereits seit 1992 vom Sachverständigenrat in großer Regelmäßigkeit massiv kritisiert. Klammheimlich wurde 2009 von der damaligen Bundesregierung (Große Koalition) die Bedingung für Integration der Investitionskosten in die DRG geschaffen. Es gibt seither einen zweiten DRG-Katalog, in dem die Investitionskosten genau wie die laufenden Kosten auf die einzelnen Patient*innen und ihre Krankheiten heruntergebrochen werden (»Invest-DRG«). Die Verwendung dieses Katalogs ist zwar noch freiwillig, aber einzelne Länder (z.B. Berlin) verteilen ihre Investitionsmittel (oder zumindest einen Teil) bereits nach diesem Katalog.

Die Einführung dieser Art von Investitionsfinanzierung würde bedeuten, dass Krankenhäuser – wie jeder Industriebetrieb – Abschreibungen ansetzen, ihre Preise mit den Investitionskosten kalkulieren und sich Gelder für Investitionen am Kapitalmarkt besorgen müssten. Für alle Krankenhäuser würde es darum gehen, möglichst hohe Renditen zu erwirtschaften, um wieder investieren zu können. Die Abhängigkeit der Existenz der Krankenhäuser von Gewinnen und die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander würde nochmals zunehmen – mit den entsprechenden Rückwirkungen auf die Behandlung der Patient*innen und die Beschäftigten. Sind die Investitionskosten erst einmal eingepreist, ist es nur noch ein kleiner Schritt zur Monistik (auch die Investitionskosten werden durch die Kassen finanziert, ggf. mit einem Zuschuss der Länder, der über den Gesundheitsfonds an die einzelnen Kassen verteilt wird).

Mit der dualen Finanzierung würde eines der letzten Elemente der staatlichen Bedarfsplanung im Krankenhausbereich fallen. Bisher ist es Aufgabe der Länder, die flächendeckende gute Versorgung der Bevölkerung mit allen medizinischen stationären Angeboten zu gewährleisten, vor allem durch gezielte, bedarfsgerechte Investi-

tionsförderung. Ohne eine solche entscheiden der Markt und der Profit, wo das nächste Krankenhaus ist.

► Fazit

Bezahlung nach Qualität, P4P, Selektivverträge, »Invest-DRG« und Monistik sind eine konsequente marktwirtschaftliche Weiterentwicklung des DRG-Systems und riesige Schritte in Richtung einer marktradikalen Umgestaltung des Gesundheitswesens. Angesichts dieser Entwicklung hilft auch kein Zurück zu den »Festpreis-DRG«. Es helfen nur die konsequente Ablehnung der finanziellen Steuerung im Bereich der Daseinsvorsorge und die Umstellung auf eine Bedarfssteuerung und -finanzierung. Selbstverständlich wollen auch wir gute Qualität in der Krankenhausversorgung. Mit unserer Forderung nach Abschaffung der DRG als Finanzierungsinstrument und mit der Forderung nach Abkehr von der Ökonomisierung legen wir überhaupt erst das Fundament für eine wirkliche Qualitätsentwicklung!