

Bedarfsorientierte Steuerung statt Marktsteuerung

Fakten und Argumente 8

► Probleme der Marktsteuerung

Das DRG-Fallpauschalensystem setzt auf Marktsteuerung und gerät damit in Konflikt mit der öffentlichen Krankenhausplanung. Die Steuerung durch das Wettbewerbsgeschehen auf einem politisch konstruierten Markt soll in der Theorie eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Markt führt hier aber zu Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Die Krankenhäuser sind fester Bestandteil der (kommunalen/regionalen) öffentlichen Daseinsvorsorge. Die Leistung für das Gemeinwesen umfasst damit deutlich mehr Aufgaben als ausschließlich die konkrete Leistung für den und mit dem kranken Menschen. Dazu gehören vor allem:

- die Sicherstellung der jeweiligen räumlichen und sozialen Zugänglichkeit zur Krankenhausversorgung nach Bedarf (bedarfsorientierte Krankenhausversorgungsstrukturen)
- die Sicherstellung der (praktischen) Ausbildung der pflegerischen und medizinisch-technischen Assistenzberufe sowie die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte
- die Sicherstellung der Notfallversorgung
- die Gefahrenabwehr bei Großschadensereignissen sowie den Schutz und die Eindämmung von Pandemien (Infektionswellen).

► **Bedarfsorientierte Steuerung**

Wenn Solidarsysteme nicht für eine Steuerung durch Markt und Wettbewerb geeignet sind, wie sollen sie dann »richtig« gesteuert werden? Hierfür gibt es zwei wesentliche Ansätze:

1. Die Trennung der Leistungserbringung von der Vergütung der Leistungserbringer (dies ist im Übrigen die konsequente Umsetzung der Forderung »Gesundheit ist keine Ware«).
2. Die Einführung einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsplanung und Versorgung.

► **Leistungsvergütung setzt Fehlanreize**

Wir haben im Gesundheitswesen Erfahrungen mit zwei Formen der Leistungsvergütung: dem Fallpauschalensystem in den Krankenhäusern und dem Einzelvergütungssystem, das lange Jahre im niedergelassenen Bereich galt. Beide Vergütungsformen bieten Anreize für erhebliche Fehlsteuerungen.

Bei einer Einzelleistungsvergütung – wie etwa früher im ambulanten Sektor – handelt derjenige ökonomisch rational, der unabhängig vom Krankheitszustand des betroffenen Patienten oder von der Notwendigkeit einer Leistung möglichst viele Leistungen erbringt oder sie zumindest abrechnet (wobei im Einzelfall durchaus gestritten werden kann, ob es schlimmer ist, die Leistung nur abzurechnen und nicht zu erbringen oder sie tatsächlich auch noch zu erbringen). Einzelleistungsvergütung produziert Über- und Fehlversorgung. Dies lehrte die Vergütung der als KleinunternehmerInnen im ambulanten Sektor tätigen ÄrztInnen.

Fallpauschalen setzen einen finanziellen Anreiz, Menschen als krank zu definieren, um sie behandeln zu können (sogar sie möglichst schlimmer krank zu machen, als sie sind, weil dann die Vergütung des Falles höher ist), in jedem Einzelfall aber möglichst wenige Leistungen zu erbringen, um den Gewinn am höchsten zu gestalten und vor allem PatientInnen, die ein schlechtes Risiko darstellen, zu selektieren. Schlechte Risiken stellen diejenigen dar, die multimorbide sind oder bei denen auf Grund ihres Sozialstatus Komplikationen wahrscheinlich und die Behandlungserfolge nicht garantiert sind. Denn auch über den out-

come aus dem Gesundheitswesen, also über den Behandlungserfolg, entscheidet der Sozialstatus mit.

Fallpauschalen produzieren also einerseits Unterversorgung und Selektion (immer wenn die Kosten höher sind als die Pauschale), andererseits Über- und Fehlversorgung (in den Fällen, in denen die Kosten niedriger sind als die Fallpauschale).

► **Trennung der Vergütung von der erbrachten / zu erbringenden Leistung**

Man sieht also, dass – bezogen auf eine optimale Gesundheitsversorgung, eine Versorgung, die sich tatsächlich am Bedarf orientiert – jede Form der Leistungsvergütung Fehlanreize setzt und eine Fehlsteuerung darstellt, die nur verhindert werden kann, wenn eine strikte Trennung der Vergütung der Leistungserbringer von der erbrachten Leistung erfolgt. Die medizinische Entscheidung darf keinen unmittelbaren Einfluss haben auf mehr oder weniger Einkommen des Leistungserbringers oder der leistungserbringenden Institution.

Dies könnte im stationären Bereich durch eine Refinanzierung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Leistungen erfolgen. Selbstverständlich müsste sowohl die Frage, ob Leistungen notwendig waren und auch, ob sie wirtschaftlich erbracht wurden, jeweils geprüft werden. Die Finanzierung muss Gegenstand eines Aushandlungsverfahrens (mit der Möglichkeit des Widerspruchs und der gerichtlichen Nachprüfung) zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sein.

Im ambulanten Bereich wäre eine solche Trennung von Leistungserbringung und Vergütung am einfachsten dadurch zu erreichen, dass niedergelassene ÄrztInnen entweder fest angestellt sind (und nach TVöD vergütet werden), oder aber – auch ohne Anstellung – ein festes Monatsgehalt von den Kassen erhalten. Auch in diesem Sektor müsste die Bedarfsplanung reformiert und die doppelte Facharztschiene überdacht werden. Dies müsste notwendig im Rahmen einer regionalen Bedarfsermittlung und Bedarfssteuerung als Grundlage einer integrierten Versorgung stattfinden.

► **Bedarfsorientierte Steuerung: regional gegliederte, integrierte Bedarfsermittlung und Versorgung**

Die jeweiligen Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) legen in einem Aushandlungsprozess gemeinsam mit den Leistungserbringern (Krankenhäuser sowie niedergelassene ÄrztInnen und auch andere Gesundheitsprofessionelle), den Krankenkassen (optimalerweise regional gegliederten Einheitskassen), aber evtl. auch – wenn es ein geklärtes Verfahren der Repräsentation gibt – mit Patienten- und Gewerkschaftsvertretern fest, welcher Bedarf in dem überschaubaren regionalen Einzugsgebiet besteht. Sie regeln auf Grundlage der Festlegung dieses Bedarfs sowohl die Zulassung von stationären Einrichtungen als auch die ambulante Versorgung (Zahl der ambulant tätigen ÄrztInnen, z.B. in Ambulatorien oder stadtteilbezogenen Einrichtungen).

Zu dieser Bedarfsermittlung zählt auch die Festlegung des notwendigen Bedarfs an Krankenhauspersonal (insbesondere von PflegerInnen und ÄrztInnen), der sich ebenfalls nicht an den Gewinnen oder Verlusten eines Krankenhauses, sprich an der ökonomischen Rentabilität messen darf, sondern am notwendigen Bedarf für eine optimale Versorgung. Die Kriterien für diese Personalbemessung wiederum müssen auf Bundesebene gesetzlich geregelt werden und für alle Krankenhäuser unabhängig von der Trägerschaft gelten.

Die Gebietskörperschaften führen die Qualitätskontrolle durch und haben auch das Recht, Zulassungen bei Schlechtleistung zu entziehen. Gleichzeitig entscheiden sie über die Zuweisung der regional gegliederten Budgets und damit über die Finanzierung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Im Rahmen der Vernetzung wird mit den überregionalen Planungsbehörden (Länder) ein einheitlicher Gesundheitsplan auch für überregionale Schwerpunkte und für Spezialeinrichtungen (z.B. Verbrennungsbetten) erstellt.

► **Fazit**

Ein solcher Ansatz einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsermittlung und Versorgung könnte tatsächlich das Patienteninteresse und den Bedarf aller sozialen Schichten der Bevölkerung ins Zentrum seiner Bemühungen stellen und gleichzei-

tig die finanziellen Fehlsteuerungen, die notwendigerweise durch Marktmechanismen entstehen, verhindern. Den bedarfsgerechten, wirtschaftlich sparsamen und nicht-diskriminierenden Zugang zur Krankenhausversorgung kann nur eine demokratisch legitimierte, an sozialen und gesundheitlichen Zielen orientierte öffentliche Krankenhausbedarfsplanung gewährleisten.

