

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen – Finanzielle Steuerung

Fakten und Argumente 2

Das DRG-Fallpauschalensystem ist Bestandteil eines einfachen gesundheitspolitischen Denkens, wonach der Markt die Lösung für alles ist. Das DRG-Fallpauschalensystem zeigt durch seine Ergebnisse, dass zumindest für das Gesundheitssystem das Gegenteil richtig ist. Das DRG-Fallpauschalensystem unterstützt die Unternehmenspolitik profitorientierter Unternehmen und Konzerne – ganz offensichtlich zum Nachteil der kranken Menschen, der BeitragszahlerInnen zur Krankenversicherung und der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die von der Bundesregierung nun ins Gesetz gegossene qualitätsorientierte Vergütung (siehe das Kapitel zu DRGs und leistungsorientierte Bezahlung, S. 81ff.) ändert daran nichts, sondern verschlimmbessert das Problem. In Zukunft sollen statistische Kennzahlen für medizinisch-pflegerische Prozeduren und Ergebnisse zum Maßstab von Bezahlungen gemacht werden. In einem von Konkurrenz getriebenen System ist aber abzusehen, dass dies den Druck erhöhen wird, kranke Menschen nach ihren wirtschaftlichen Chancen und Risiken für die Krankenhausbehandlung zu selektieren.

► Der Markt macht es teurer

Das DRG-Fallpauschalensystem setzt auf Steuerung durch Preise und Leistungsanreize. Folgerichtig stiegen die Fallzahlen nach der Einführung von 2005 bis 2013 um 11 Prozent (Destatis 2016, eigene Berechnung), nachdem sie in den Jahren davor sogar zurückgegangen waren. Sie stiegen auch in den Bereichen, die zuneh-

mend in die ambulante Versorgung gehen und den Fallzahlrückgang zuvor wesentlich mitverursacht haben, wie die Augenheilkunde, der HNO-Bereich, die Dermatologie.

→ siehe Tabelle 1, Seite 23

Gleichzeitig stieg durch die Erhöhung der Landesbasisfallwerte, also des landesspezifischen Eurobetrags, mit dem die Fallwerte der einzelnen DRGs in einen Preis umgerechnet werden, um ca. 10 Prozent sowie die durchschnittliche Fallschwere um 11 Prozent. Der durchschnittliche Preis pro Krankenhausfall stieg damit zwischen 2005 und 2013 um ca. 20 Prozent. Insgesamt ergibt sich daraus eine Steigerung des Ausgabenvolumens um mehr als ein Drittel. Selbst wenn man zugesteht, dass ein Teil der Fallschwere- und Fallzahlsteigerungen demografisch bedingt ist und die Erhöhungen des Landesbasisfallwertes angesichts der Lohn- und Preissteigerungen eher niedrig ausgefallen sind, bleibt als Resultat: Anstatt das Krankenhausssystem volkswirtschaftlich günstiger zu machen, sind die Kosten weiter gestiegen.

Besonders gravierend sind aber die Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenhaustypen. Getrieben ist die Ausgaben- und Leistungsexplosion nämlich von den besonders profitorientierten Krankenhäusern in privater Trägerschaft. Während bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern der durchschnittliche Fallerlös um 17 Prozent stieg, steigerten die privaten Krankenhäuser ihren durchschnittlichen Fallerlös um 30 Prozent. Hochgerechnet verdoppelten profitorientierte Krankenhäuser ihre DRG-Erlöse zwischen 2005 und 2013, während die öffentlichen Krankenhäuser ihre Erlöse »nur« um 19 Prozent, freigemeinnützige immerhin noch um 28 Prozent steigern konnten. Bei einem Anteil an allen Krankenhausfällen von gerade einmal knapp 16,5 Prozent sind die von privaten Konzernen betriebenen Krankenhäuser für 40 Prozent der Ausgabensteigerungen im Krankenhaussektor verantwortlich und damit die Kostentreiber schlechthin.

→ siehe Abb 2, Seite 24

Bereits 1990 schrieb der neoliberale Thinktank des Gesundheitsministeriums, der »Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (heute »Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen«) in seinem Jahresgutachten: »Bei einem Preissystem werden für bestimmte Leistungen im Voraus vereinbarte Entgelte oder Preise gezahlt. Die Differenz zwischen den Kosten der Leistungserstellung und der Vergütung verbleibt im Krankenhaus als Gewinn oder als Verlust. Bei einem für alle Anbieter einheitlichen Preis entste-

Tab. 1: Fallzahlveränderungen stationärer Behandlungen, 2001-2013

Entlassungsdiagnosen der Krankenhäuser	Veränderungen gegenüber 2001 – absolut		Veränderungen gegenüber 2001 – in Prozent		Veränderungen gegenüber 2005 – absolut		Veränderungen gegenüber 2005 – in Prozent	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	62.625	151.223	17,8 %					36,4 %
Neubildungen	- 157.933	- 966	- 7,9 %					- 0,1 %
Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe	4.204	16.147	3,8 %					14,0 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	- 41.635	34.511	- 8,2 %					7,4 %
Psychische und Verhaltensstörungen	65.096	173.389	6,6 %					16,6 %
Krankheiten des Nervensystems	21.013	53.502	3,1 %					7,7 %
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	- 94.960	25.770	- 23,4 %					8,3 %
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	- 43.856	11.309	- 23,5 %					7,9 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	- 241.496	303.816	- 8,6 %					11,9 %
Krankheiten des Atmungssystems	20.434	83.649	1,9 %					7,7 %
Krankheiten des Verdauungssystems	- 9.452	148.936	- 0,6 %					8,7 %
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	- 15.505	49.223	- 6,4 %					21,6 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. Bindegewebes	76.977	368.081	5,8 %					26,3 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	- 187.468	130.163	- 17,4 %					14,6 %
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	- 117.034	- 1.330	- 11,1 %					- 0,1 %
Best. Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	53.238	15.564	48,7 %					9,6 %
Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanom.	- 18.842	- 2.739	- 14,9 %					- 2,6 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	66.036	297.748	12,3 %					49,5 %
Verletzungen, Vergiftungen, and. Folgen äuß. Ursachen	- 18.011	245.357	- 1,1 %					14,7 %
Gesamt ohne ICD10Z	- 576.569	2.114.728	- 3,4 %					12,9 %

2000-2003: ICD10 Z00-Z99; ohne Z38 (gesunde Neugeborene)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013 | Stand: 03.2016; eigene Auswertungen

Abb. 2: Entwicklung der Erlöse aus DRGs nach Krankenhausstypen (2005 - 2013)



Quelle: Destatis März 2016; RWI 2014; eigene Berechnungen

hen Gewinne, die für denjenigen Anbieter am größten sind, der die Leistungen am wirtschaftlichsten erbringt.« (Sachverständigenrat 1990)

Danach begann die schrittweise Einführung der DRGs mit allen ihren Folgen. Geldsteuerung / finanzielle Steuerung / Steuerung über Preise sind Synonyme für die zunehmende Ökonomisierung und Vermarktwirtschaftlichung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge, die unseres Erachtens einer Bedarfssteuerung (was notwendig ist, wird ermittelt und bezahlt) unterliegen müssten.

► **Gleiche Leistung: Wer macht sie am wirtschaftlichsten?**

Zunächst ist festzuhalten, dass Geldsteuerung blind gegenüber der Qualität ist. Reduziert man die zur Verfügung gestellten Gelder und verteilt sie nach marktwirtschaftlichen Kriterien, wirkt sich das zunächst gleich auf notwendige wie auf überflüssige Leistungen aus. Noch schlimmer: Überflüssige Leistungen lassen sich in der Regel billiger erbringen als notwendige, weil die Komplikationsrate geringer ist (siehe hierzu Fakten und Argumente: »Welche Medizin?«). Unter- und Überversorgung bleiben also bestehen bzw. werden verschärft.

Hinzu kommen die ökonomischen Anreize, die eine solche finanzielle Steuerung setzt. Es lohnt sich dann nämlich

- möglichst wenig Kosten pro Fall zu produzieren (dann ist der Gewinn am höchsten),
- möglichst viele Fälle zu behandeln, bei denen ein Gewinn möglich ist,
- möglichst Fälle zu vermeiden, bei denen ein Verlust gemacht wird,
- da die Vergütungshöhe der DRGs zunehmend durch die bessere Vergütung von Einzelleistungen geprägt ist, lohnt es sich auch, immer mehr (und mehr als notwendig) Prozeduren am einzelnen Patienten durchzuführen.

Die Folgen richten sich gegen die PatientInnen und die Beschäftigten:

- Schlechtere Versorgung auf der einen Seite und Arbeitshetze und Lohndumping auf der anderen.
- Unnötige Behandlungen und ständige Mengensteigerungen bedeuten unnötiges Leid für die PatientInnen und wieder Überlastung und Demotivation für die Beschäftigten.

- Die Selektion diskriminiert alle PatientInnen, die betriebswirtschaftlich unattraktive Erkrankungen haben oder deren Behandlung aufgrund vieler komplikationsträchtiger Zusatzerkrankungen keinen ausreichenden Gewinn abwerfen. Für die Beschäftigten, die mit einem ganz anderen Anspruch ihren Beruf gewählt haben, ist dies schier unerträglich: 2008 lehnen 87 Prozent der Pflegekräfte die Vorenthaltung von Leistungen aus Kostengründen ab. Nur 12 Prozent von ihnen arbeiten aber im selben Jahr in Bereichen, wo es keine Rationierung gibt (Braun et al. 2010).

»Bei Strafe des Untergangs« müssen diese Zwangsgesetze eingehalten werden: Seit 1991 wurden 431 Krankenhäuser geschlossen und 164.885 Betten abgebaut. Die Zahl der Fälle stieg seit 1995 um 3,8 Mio. (+ 25 Prozent) und die Zahl der Pflegekräfte sank um 34.665 (- 11 Prozent). Die DRGs produzieren also weder Wirtschaftlichkeit noch eine qualitativ gute Versorgung. Das Gegenteil ist der Fall. → s. Tab. 2

Tab. 2: 2014 müssen weniger Pflegekräfte in viel kürzerer Zeit viel mehr PatientInnen versorgen als 1996

	Patientenzahl	Verweildauer	Beschäftigte	Pflegekräfte	Fälle pro Pflegekraft
1996	15.231.877	10,8	880.000	349.423	46,3
2014	19.148.626	7,4	859.427	318.749	60,1
Veränderung	3.916.749	- 3,4	- 20.573	- 30.674	16,2
Veränderung	25,7 %	- 31,5 %	- 2,3 %	- 8,8 %	37,8 %

(Quelle: Destatis, eigene Berechnungen)

► Auch außerhalb Deutschlands ist Marktwirtschaft volkswirtschaftlich teuer: das Beispiel Niederlande

Ab 2006 wurde in den Niederlanden dem Krankenversicherungssystem eine marktwirtschaftliche »Gesundheitsreform« aufgedrängt, der sogenannte einheitli-

che Versicherungsmarkt. Es gibt nun keinen Unterschied mehr zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen. Menschen, die den Versicherungsbeitrag nicht mehr zahlen können, werden durch den Staat bei und nach Bedarf unterstützt. In den Niederlanden herrschte in Krankenhäusern ein anerkannt hohes Qualitäts- und Leistungsniveau (wenn auch mit von der OECD kritisierten sehr langen Wartezeiten); das Ausgabenniveau für Gesundheitsleistungen lag vor der Reform gemessen an der nationalen Wirtschaftsleistung im Mittelfeld der Hochinkommensländer. Nach der Kompletprivatisierung der Krankenversicherung explodierten die Ausgaben im Gesundheitswesen. Die Niederlande besitzen nun hinter den USA das zweit teuerste Gesundheitssystem der Welt. Dass die Ansichten dogmatischer Marktökonomien mit den Realitäten im Gesundheitswesen nicht übereinstimmen, zeigt ein anderes Ergebnis. Ein von Marktökonomien gern postuliertes Ziel ist die Erhöhung der Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Faktisch nahm aber nach der Reform die Wechselhäufigkeit zwischen den Krankenversicherungen gegenüber dem Zeitraum vor Einführung der einheitlichen Versicherung ab (Reitsma-van Rooijen et al. 2011). Die Ergebnisse bestätigen frühere Untersuchungen aus anderen Ländern: Besonders arme Menschen, Ältere und Menschen mit chronischen Erkrankungen wechseln ihrer Versicherungen nicht. Der beste Weg, ein Gesundheitssystem finanziell zu schädigen, ist es ganz offensichtlich, es dem Markt zu überlassen.

■ Literatur

Ärzteblatt 2014: Qualitätsorientierte Vergütung: Die Diskussion geht weiter; Ärzteblatt.de, 24.09.2014

Braun, B.; Klinke, S.; Müller, R. 2010: Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern, Pflege & Gesellschaft 15. Jg., Nr.1 , 2010

Destatis.de: Unterschiedliche Abfragen März 2016

Essential Hospitals o.J.: Establishing the Safety Net. <http://essentialhospitals.org/about-america-essential-hospitals/history-of-public-hospitals-in-the-united-states/establishing-the-safety-net-hospital-1980-2005/>

IQWiG 2006: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht; Köln 2006

James, J. 2012: Pay-for-Performance. New payment systems reward doctors and hospitals for improving the quality of care, but studies to date show mixed results. in: Health Policy Brief, 11.10.2012. www.healthaffairs.org

Joynt, K. E.; Jha, A.K. 2013: Characteristics of Hospitals Receiving Penalties- Under the Hospital Readmissions Reduction Program; in: JAMA, January 23/30, 2013—Vol 309, No. 4; S. 342f.

Rajaram, R. et. al. 2015: Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program; in JAMA, July 28, 2015—Vol 314, No. 4; S. 375ff.

Reitsma- van-Rooijen, M.; de Jong, J. 2011: Regulated competition in health care: Switching and barriers to switching in the Dutch health insurance system. in: BMC Health Serv Res. 2011; 11: 95

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1990

Schmaltz; S.P. et. al. 2011: Hospital Performance Trends on National Quality Measures and the Association With Joint Commission Accreditation; Journal of Hospital Medicine Vol 6 | No 8 | October 2011; S. 454 ff.

Sochalski ; J.; Aiken; L.H. 1999: Accounting For Variation In Hospital Outcomes: A Cross-National Study; in: Health Affairs, Vol. 18, No. 3; S.256 ff.

Statistisches Jahrbuch, hg. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013

Tan, S.; Ineveld, K.R.; Hakkaart-van Roijen, L. 2011: The Netherlands: The Diagnose Behandeling Combinaties; in: Busse etal (Hrsg.); Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals; New York 2011, S. 425 ff.

Veit, Ch. et. al. 2012: Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, kein Ort; 2012