

Geld im Gesundheitswesen - Zum Problem der Vergütung von Krankenhäusern

4. NOV 2021 | HARTMUT REINERS

Das Gesundheitswesen in Deutschland weist systematische Fehlanreize auf - auch, weil an vielen Stellen Marktprinzipien dominieren.

Fabio De Masi (2021) hat in der Begründung seines Abschieds aus dem Bundestag die in der politischen Linken grassierende Praxis kritisiert, »Politik nur noch über Moral und Haltung zu debattieren«. Diese Attitüde ist in der Gesundheitspolitik besonders verbreitet, in der eine verworrenen Debatte über die Ökonomisierung der Medizin geführt wird mit der Tendenz, das Gesundheitswesen als möglichst »ökonomiefreie Zone« zu postulieren. Keine Frage, moralische Aspekte spielen im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Die Warnung vor einer Überlagerung der Medizin durch Profitinteressen ist berechtigt. Das Problem ist nur, dass die Behandlung von Krankheiten sich zu einem expandierenden Wirtschaftszweig entwickelt hat, in dem in Deutschland aktuell fast sechs Millionen Erwerbstätige 11,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) erwirtschaften. Jährlich kommen mindestens 100.000 Jobs hinzu. Deshalb geht es in der Gesundheitspolitik nicht nur um die möglichst gute Behandlung kranker Menschen, sondern auch um legitime wirtschaftliche Interessen der dort aktiven Institutionen und Berufe. Daraus entsteht ein Spannungsfeld von medizinischer Verantwortung und Erwerbsstreben, das man nicht mit moralischen Appellen und erst recht nicht mit der Tabuisierung ökonomischen Denkens und Handelns aus der Welt schafft. Eine umfassende medizinische Versorgung für alle Einwohner ist ohne die Professionalisierung der Medizin nicht zu haben und die wiederum nicht ohne eine monetäre Bewertung ihrer Leistungen und eine angemessene Bezahlung der im Gesundheitswesen arbeitenden Berufsgruppen.

Diesem nüchternen Sachverhalt steht eine in der Öffentlichkeit mit großem Empörungspotenzial geführte Auseinandersetzung über Geschäfte mit der Krankheit gegenüber, in der sich ein moralischer Kanon mit der bornierten Marktmechanik der neoklassischen Ökonomie vermengt. Diese hat die Hegemonie an den Ökonomie-Fakultäten und in der Wirtschaftspublizistik. Sie hat es geschafft, dass im Alltagsverständnis Ökonomie mit Marktwirtschaft gleichgesetzt wird. Das zeigt zum Beispiel die Begriffsbestimmung von »Ökonomisierung« bei Wikipedia:

*»Der Begriff der Ökonomisierung bezeichnet die Ausbreitung des Marktes samt seinen Prinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren.«
(<https://de.wikipedia.org/wiki/Ökonomisierung>).*

Damit wird implizit ökonomisches Denken und Handeln mit der Marktwirtschaft identifiziert, obwohl auch die im Gesundheitswesen dominierende Gemeinwirtschaft nicht ohne Leistungsbewertungen in Form von Preisen, Kostenkalkulationen und doppelter Buchführung auskommt. Ökonomisierung des Gesundheitswesens bedeutet nicht Gewinnmaximierung, sondern Professionalisierung in Form bezahlter Arbeit und damit volkswirtschaftlicher Wertschöpfung.

Den Unterschied zwischen Markt- und Sozialwirtschaft kennt die Lehrbuchökonomie mit dem Leitbild des stets seinen subjektiven Nutzen optimierenden »Homo oeconomicus« nicht wirklich. Die klassische Definition dieses Paradigmas stammt vom britischen Ökonomen Lionel Robbins:

»Die Ökonomie ist die Wissenschaft, welche das Verhalten der Menschen als Beziehung von Zielen und knappen Mitteln mit verschiedenem Nutzen untersucht.« (zitiert nach Jochimsen und Knobel 1971: 16).

Ökonomen beschäftigen sich demnach mit der Frage, wie man bestimmte Ziele mit möglichst geringem Aufwand bzw. mit gegebenen Ressourcen ein optimales Ergebnis erreicht. Sie gilt für Robinson auf seiner Insel und Schrebergärtner ebenso wie für Amazon, Volkswagen und andere global operierende Konzerne.

Mit dem Paradigma der Allokation knapper Ressourcen gibt sich die neoklassische Ökonomie den Anschein einer wertfreien Praxeologie, die Auskunft darüber gibt, wie man mit gegebenen Mitteln ein optimales Ergebnis oder ein bestimmtes Ergebnis mit möglichst geringem Aufwand erreicht. Ihre Modelle gehen allerdings über dieses formale Prinzip der rationalen Auswahl hinaus und verheddern sich in Annahmen über das Streben nach Gewinnmaximierung als quasi anthropologischem Grundzug. Wettbewerb und finanzielle Anreize werden allen möglichen gesellschaftlichen Bereichen als effektive Instrumente angedient, ohne dafür auch nur ansatzweise fundierte Begründungen zu liefern. Das Prinzip der Gewinnmaximierung wird bedenkenlos als Axiom auf alle gesellschaftlichen Bereiche übertragen. Das wird sogar mit dem Ökonomie-Nobelpreis belohnt, wie das Beispiel Gary Becker (1993) zeigt, der die Maxime der Gewinnoptimierung auf so wirtschaftsferne Bereiche wie die Liebe und das Familienleben anwendet. Über diesen »ökonomischen Imperialismus« machen sich die meisten Ökonomen kaum Gedanken, wie der britische Ökonom Jonathan Aldred (2020) anschaulich dargelegt. Sie halten sich für exakte Wissenschaftler, aber ihre Modelle sind mit mathematischen Ableitungen verbrämte Ideologien.

Allerdings gibt es Sozialökonominnen wie Friedhelm Hengsbach, der sich von dieser Begriffslosigkeit abhebt. Er schlägt vor, in der Gesundheitsökonomie zwischen Ökonomisierung und Kommerzialisierung zu unterscheiden. Ökonomisierung sei »vernunftgemäßes Handeln« im Rahmen der Allokation knapper Ressourcen, Kommerzialisierung dagegen sei »durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb (Makro-Kommerzialisierung) und betriebswirtschaftliche Kalkulation (Mikro-Kommerzialisierung) charakterisiert.« (Hengsbach 2015: 8) Das ist eine zunächst einleuchtende Unterscheidung, die aber einige Fragen aufwirft. Krankenhäuser und Arztpraxen kann man auch in einem sozialen Gesundheitswesen nicht ohne betriebswirtschaftliche Kalkulation sachgemäß betreiben. Außerdem haben Krankenkassen die Pflicht, Rechenschaft über die Verwendung der von ihnen bzw. ihren Mitgliedern finanzierten Ressourcen zu verlangen. Die Vorstellung, Menschen mit medizinischen und pflegerischen Berufen würden stets nur an das Wohl kranker Menschen denken und hätten keine wirtschaftlichen Eigeninteressen, ist weltfremd. Es stellt sich daher die Frage, wo die Grenze zwischen Erwerbs- und Profitstreben verläuft. Darauf gibt es keine exakte Antwort. Klar ist nur, dass man das Gesundheitswesen nicht dem Markt überlassen darf, weil damit der Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung von der individuellen Zahlungsfähigkeit abhinge und Grundrechte verletzt würden. Aber auch öffentlich regulierte Vergütungssysteme für medizinische Leistungen in Form administrierter Preise und Ressourcenverteilungen bieten Schlupflöcher für finanzielle Eigeninteressen. Man kann sie nicht völlig schließen, sondern nur begrenzen. Das perfekte, jeden Missbrauch ausschließende Vergütungssystem für medizinische Leistungen gibt es nicht. Aber es gibt Indikatoren für systematische Fehlanreize.

Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhäuser werden seit Anfang der 1970er Jahre mit einem dualen System von Investitions- und Betriebskostendeckung finanziert. Für die Sicherstellung der stationären Versorgung sind die Länder verantwortlich, die alle fünf Jahre einen Krankenhausbedarfsplan aufstellen. Alle darin aufgenommenen Kliniken haben einen Anspruch auf die Finanzierung ihrer Investitionen aus den Landeshaushalten, während die laufenden Betriebskosten von den Vergütungen der Krankenversicherungen getragen werden sollen.

Dieses duale Finanzierungssystem funktioniert allerdings schon lange nicht mehr, weil die Länder ihre Fördermittel für die Krankenhäuser in den vergangenen 20 Jahren halbiert haben (Blum und Weigand 2015). Die dadurch entstehende Lücke in der Investitionsfinanzierung wird aus den Vergütungen der Krankenversicherungen gestopft, was den Druck auf die Personalkosten erhöht, die etwa zwei Drittel der Betriebskosten ausmachen. Darunter haben vor allem die Pflegekräfte zu leiden (Bräutigam et al. 2014, Simon 2019). Während die Zahl der in den Krankenhäusern arbeitenden Ärztinnen und Ärzte zwischen 1991 und 2016 um 66 Prozent zunahm, sank die Zahl der Pflegekräfte um fünf Prozent. Die so entstandene Lücke beim Pflegepersonal wird auf zwischen 70.000 und 100.000 Stellen geschätzt.

Dieses Problem wird durch Fehlentwicklungen im DRG-Fallpauschalensystem verschärft. Die DRGs (Diagnosis Related Groups) sind ein international übliches Klassifikationssystem für nach Diagnosen bzw. Diagnosegruppen definierte Erkrankungen. Die aus dem australischen DRG-System abgeleiteten deutschen G-DRGs werden auf Basis der Kostenstrukturdaten von 300 »Kalkulations-Krankenhäusern« vom Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) entwickelt. Es ermittelt jährlich den Aufwand an Sach- und Personalkosten und übersetzt ihn in Bewertungsrelationen, die auch den Schweregrad der Fälle berücksichtigen. Der Preis der jeweiligen Fälle ergibt sich aus der Multiplikation der Punktzahl mit einem Basisfallwert, der für die Länder sowie mit einem Korridor bundesweit vereinbart wird. Gegenwärtig gibt es ca. 1300 G-DRGs. Rechnet man spezielle Varianten von

Fallgruppen hinzu, kommt man auf fast 2000 Positionen. In der Psychiatrie gilt ein besonderes Fallpauschalensystem (PEPP, siehe unten). Die steigende Zahl der DRGs erhöht die Gefahr von Fehlkodierungen und bringt mehr bürokratischen Aufwand. Wenn hochqualifizierte Fachärztinnen und -ärzte immer mehr Zeit mit der Fallkodierung verbringen müssen, ist das Ressourcenverschwendung.

Die G-DRGs fördern in ihrer geltenden Fassung die Spezialisierung von Krankenhäusern und belohnen hohe Fallzahlen. Durch sie können Fälle mit einer Unterdeckung der Kosten durch Fälle mit einer Überdeckung kompensiert und die Fixkosten pro Fall gesenkt werden. Kleine Krankenhäuser der Allgemeinversorgung, die geringere Möglichkeiten zu einem Fallkostenmix haben, drohen auf der Strecke zu bleiben, während Krankenhäuser mit einer ausgeprägten Spezialisierung davon profitieren. Auch werden Vorhaltekosten zu wenig berücksichtigt, was zu Lasten von Kliniken der Maximalversorgung (mehr als 500 Betten) geht (Schreyögg 2020), weil die G-DRGs von der Fiktion einer einheitlichen Krankenhausstruktur ausgehen. In ihrer gegenwärtigen Struktur unterscheiden sie nicht nach Versorgungsstufen und Versorgungsqualität, insbesondere in der Pflege. Hier besteht dringender Reformbedarf.

Dazu gibt es noch keine konsistenten Konzepte. In welche Richtung die Reform gehen könnte, zeigt das pauschalierende Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) (Dieterich 2019). Es kann zwar wegen der besonderen Bedingungen der Psychiatrie nicht eins zu eins auf die anderen Bereiche der stationären Versorgung übertragen werden, aber es liefert wichtige Hinweise für eine DRG-Reform. Das PEPP-System war in seinem ersten Entwurf ein Preissystem für definierte Behandlungsfälle, allerdings auf Basis tagesgleicher Pflegesätze und nicht, wie die DRGs, eine fallorientierte Kombination von Kostenkalkulationen. Dieses Modell stieß wegen seiner unflexiblen, den besonderen Bedingungen der Psychiatrie und Psychosomatik nicht entsprechenden Preisgestaltung auf großen Widerstand des psychiatrischen Fachpersonals, aber auch der Klinikleitungen. Unter breiter Beteiligung der Beschäftigten wurde ein neues Konzept für ein Entgeltsystem in der Psychiatrie erarbeitet, das nicht auf Preisen, sondern auf kostenorientierten Budgets beruht. Diese werden auf Basis von Personalmindestvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vereinbart. Die PEPP-Entgelte werden für Diagnosegruppen entwickelt, die je nach Fall mit den Kassen abgerechnet werden. Das PEPP-System ist mit den kostenorientierten Budgets ein sinnvolles Vorbild für eine Reform der DRGs. Damit würden sie auf ihre von ihren Erfindern eigentlich angedachte Funktion als Grundlage für die Kalkulation von Abteilungs- oder Klinikbudgets zurückgeführt. Sie würden sich von ihrer konfliktreichen und mit Fehlanreizen verbundenen Einzelpreisfunktion lösen und förderten eine versorgungsorientierte Flexibilisierung der Krankenhausfinanzierung.

Dauerbaustelle Integrierte Versorgung

Mit einer DRG-Reform allein wird man die ökonomischen Probleme der Krankenhäuser nicht lösen können. Die Krankenhäuser leiden unter einem zentralen Mangel des deutschen Gesundheitswesens: den segmentierten Versorgungsstrukturen und dem Fehlen von integrierten Versorgungsketten. Für kooperative Versorgungsformen sprechen medizinische, ökonomische und soziodemographische Gründe:

- Der medizinische Fortschritt führt zu einer wachsenden Spezialisierung, die eine enge Zusammenarbeit von Allgemein- und Fachmedizin erfordert. Gerade weil die medizinischen Kenntnisse sich immer weiter verfeinern, wächst die Bedeutung der Generalisten in ihrer Funktion als Lotsen durch das Medizinsystem.
- Immer mehr Behandlungen, die früher längere Klinikaufenthalte erforderten, können heute dank des medizinischen Fortschritts, nicht zuletzt in der Anästhesie, ambulant oder teilstationär durchgeführt werden. Das macht die institutionelle Trennung in ambulante und stationäre Versorgung obsolet.
- Insbesondere in der Fachmedizin rechnen sich Einzelpraxen immer weniger. Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben eine sehr viel effizientere Gerätenutzung.
- Die wachsende Zahl älterer und hochbetagter Menschen erfordert die Kooperation von Einrichtungen und Gesundheitsberufen in der medizinischen Versorgung, Gesundheitsförderung und Pflege bzw. sozialer Betreuung sowie eine Stärkung der Laienkompetenz.
- In dünn besiedelten Regionen spitzten sich diese Probleme zu, weil die gesamte medizinische und pflegerische Betreuung nur mit Versorgungsnetzen unter Einbindung nicht-ärztlicher Berufe sichergestellt werden kann.

Die Integration bzw. Kooperation der Institutionen und Berufe im Gesundheitswesen ist seit über dreißig Jahren ein Dauerthema. Gesundheitswissenschaftler weisen ständig auf erhebliche Mängel in der Koordination der

Behandlungsabläufe hin, die die Versorgungsqualität beeinträchtigen und zu überhöhten Kosten führen (Brandhorst et al. 2017). Seit Mitte der 1990er Jahre hat es mehrere gesetzliche Regelungen zur Förderung neuer Versorgungsformen gegeben (Knieps und Reiners 2015: 245 ff.), aber an den segmentierten Strukturen des Gesundheitswesens in ambulante und stationäre Einrichtungen hat sich kaum etwas geändert. Gesundheitsminister Spahn hat allein in den ersten zwei Jahren seiner Amtszeit über zwanzig Gesetze zu partiellen Problemen im Gesundheitswesen durch den Bundestag gepeitscht. Nicht eines davon hat dieses zentrale Problem angepackt. Sie haben sich auf die Vergütungssysteme, das Vertragsrecht und den Kassenwettbewerb konzentriert und bieten keine Ansätze zum flächendeckenden Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen.

Die Gesundheitspolitik macht seit Jahrzehnten einen Bogen um den zentralen Webfehler unseres Gesundheitswesens: die gespaltene politische Verantwortung für die Sicherstellung und Strukturen der medizinischen Versorgung. In der ambulanten Versorgung sind dafür die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zuständig, in der stationären Versorgung die Länder und in der Rehabilitation die Kranken- und Rentenversicherungsträger. Eine integrierte Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung finden nicht statt. Die Länder haben zwar die Rechtsaufsicht über die KVen, aber keinen Einfluss auf die Bedarfsplanung und die Zulassung von Arztpraxen. Die liegt vollständig in der Hand der KVen und der Krankenkassenverbände, die wiederum mit der Entrichtung der Gesamtvergütung ihre Verantwortung an die KVen abgeben (siehe oben).

Eine große Chance, diese von Fachleuten seit Jahrzehnten kritisierte Fehlkonstruktion zugunsten einer integrierten Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung zu beseitigen, wurde mit dem Einigungsvertrag versäumt. Die Einrichtungen des DDR-Gesundheitswesens waren zwar wegen ihrer Unterfinanzierung in einem erbärmlichen Zustand. Aber die Organisation der medizinischen Versorgung mit einem abgestuften und kooperativen System von Ambulatorien, Polikliniken und Krankenhäusern war sehr viel moderner als das medizinisch wie ökonomisch unsinnige westdeutsche System von Einzelpraxen und Krankenhäusern. Man hat das von den Bezirken der DDR gesteuerte System mutwillig zerstört und das dysfunktionale westdeutsche System den Neuen Ländern übergestülpt. Diese Fehlentscheidung lässt sich zwar nicht rückgängig machen, aber der Gedanke einer Integration der Versorgungseinrichtungen unter der politischen Verantwortung der Länder und Kommunen sollte sehr wohl das Leitmotiv einer Strukturreform im Gesundheitswesen sein. Erste Schritte wären die Übertragung der Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung an die Länder und eine Neuordnung der Rechtsaufsicht über das GKV-System. Die Länder sollten auch die regionalen Vertragssysteme der bundesweit organisierten Krankenkassen kontrollieren, die gegenwärtig in der Zuständigkeit des Bundesamtes für soziale Sicherung liegen. Das sind zwar »nur« Organisationsreformen, die aber auf Institutionen treffen, die ihr Terrain aggressiv verteidigen werden. Aber diesen Konflikt müssen Gesundheitspolitiker wagen und aushalten, wenn sie das Gesundheitswesen wirklich modernisieren wollen.

Literatur

- Aldred, Jonathan 2020: Der korrumpierte Mensch. Die ethischen Folgen wirtschaftlichen Denkens. Stuttgart: Klett-Cotta
- Becker, Gary 1993: Der ökonomische Ansatz menschlichen Verhaltens. Tübingen: Mohr-Siebeck
- Blum, Karl und Andreas Weigand 2015: Sanierungsfall Krankenhaus. Düsseldorf: DKVG.
- Brandhorst, Andreas, Helmut Hildebrandt, Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.) 2017: Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS
- Bräutigam, Christoph, Michaela Evans et al. 2014: Arbeitsreport Krankenhaus. Arbeitspapier 306. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung
- De Masi, Fabio 2021: Ich werde nicht wieder antreten. <https://www.fabio-de-masi.de/de/article/3542.ich-werde-nicht-wieder-antreten.html>
- Dieterich Anja 2019: Die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik. Anja Dieterich et al. (Hrsg.), a. a. O.: 323-354
- Dieterich, Anja, Bernard Braun et al. (Hrsg.) 2019: Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS
- Hengsbach, Friedhelm 2015: Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit? Frankfurter Hefte 12-2015: 8-17
- Jochimsen, Reimut und Helmut Knebel (Hrsg.) 1971: Gegenstand und Methoden der Nationalökonomie. Köln: Kiepenheuer & Witsch

- Knieps, Franz und Hartmut Reiners 2015: Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Huber
- KOMV (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem) 2019: Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/bericht-komv.html>
- Leber, Wulf-Dietrich und Jürgen Wasem 2016: Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. Jürgen Klauber, Max Geraedts et al. (Hrsg.): Krankenhausreport 2016. Stuttgart: Schattauer: 3-28
- OECD 2020: Health at a Glance. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>
- Reiners, Hartmut 2018: Bürgerversicherung: Mythen und Fakten. Soziale Sicherheit 67 (6): 231-235
- Reiners, Hartmut 2019: Mythen der Gesundheitspolitik. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe
- Schreyögg, Jonas 2020: Corona-Krise trifft auf Strukturprobleme im Gesundheitswesen. Wirtschaftsdienst 100 (4): 226-227
- Simon, Michael 2019: Das deutsche DRG-System: Weder Erfolgsgeschichte noch leistungsgerecht. Anja Dieterich et al. (Hrsg.), a.a.O.: 295-324

Hartmut Reiners arbeitete viele Jahre in verantwortlichen Positionen zunächst im nordrhein-westfälischen und dann im brandenburgischen Gesundheitsministerium. Seit 2009 ist er freier Publizist im Bereich Gesundheitsökonomie.

Der Artikel erschien in einer längeren Fassung zuerst in spw Ausgabe 244 (2021). Gekürzt wurde hier ein Kapitel zur Vergütung von Arztpraxen. - Weitere Artikel des spw-Heftschwerpunkts »Systemfragen des Gesundheitswesens« gibt es unter www.spw.de. Leser*innen erhalten mit einem günstigen Abo- oder Probeabo Zugriff auf sämtliche Artikel.

URL: <https://www.blickpunkt-wiso.de/post/geld-im-gesundheitswesen-zum-problem-der-verguetung-von-krankenhaeusern-2397.html>

PDF erstellt am: 29.11.2021