



Gemeinwesen war gestern

Krankenhäuser und
Krankenkassen im
Optimierungswahn



Das Gesundheitssystem ändert sich

- Steuerung durch wirtschaftlichen Wettbewerb
 - Auf Seiten der Krankenkassen
 - Einführung der Wahlfreiheit durch Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) `92
 - Insolvenzfähigkeit durch GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007
 - Auf Seiten der Krankenhäuser
 - Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips (GSG)
 - Einführung des Fallpauschalensystems als neues Vergütungssystem für Krankenhausleistungen



Das Gesundheitssystem ändert sich

- Steuerung durch wirtschaftlichen Wettbewerb
 - Im Wettbewerb geht es immer um Chancen und Risiken: Abwälzung/Vermeidung von Risiken und Wahrnehmung von Chancen zum Nachteil Dritter
 - Wirtschaftlicher Wettbewerb bedeutet
 - Es gibt einen Markt
 - Mindestens zwei Anbieter und/oder Nachfrager
 - Antagonistische, also entgegengesetzte Beziehungen



Das Gesundheitssystem ändert sich

- Rolle von Krankenkassen und Krankenhäusern
 - Gesetzliche Krankenkassen vertreten den Versicherten und Kranken – Versicherte und Kranke sollten ihre Klienten sein
 - Doppelfunktion des Krankenhauses
 - Erstens: die Leistungserbringung selbst
 - Zweitens: die Leistungsbereitschaft in der Regel 25 Stunden an 7 Tagen in jeder Woche.



Das Gesundheitssystem ändert sich

- Der Mensch als Versicherter
 - Beitragszahler (in der solidarischen Gemeinschaft nach Leistungsfähigkeit)
 - Leistungsbedürftiger – Leistungsnehmer
 - Er ist wirtschaftlich also sowohl Träger von Erlöseigenschaften, als auch Träger von Aufwandseigenschaften.
 - Diese Eigenschaften bestehen immer. Unter Wettbewerbsbedingungen bekommen sie aber eine herausragende Rolle.



Das Gesundheitssystem ändert sich

- Der Versicherte im Wettbewerb
 - Ohne Ausgleichsmechanismen ist der optimale Versicherte der mit hohem Einkommen/sozialem Status und damit in der Regel auch niedrigerem Krankheitsrisiko und damit Ausgabenrisiko.
 - In der Gesetzlichen Krankenversicherung werden Eigenschaften wie Einkommen, Krankheit, Zahl der Mitversicherten und chronische Erkrankungen ausgeglichen (Morbi-RSA).
 - Damit ändern sich die Versicherteneigenschaften. Das Einnahmen-Ausgabenrisiko verteilt sich innerhalb der jeweiligen Versichertengruppe auf besondere weitere Risikogruppen.



Das Gesundheitssystem ändert sich

- Der Krankenhauspatient im Wettbewerb
 - Der Kranke stellt in einem Preissystem ein Aufwands-Erlösrisiko dar.
 - Die Krankheit und ihre Begleitumstände definieren einerseits den Aufwand und andererseits den Erlös für das Krankenhaus.



Das Gesundheitssystem ändert sich

Der Mensch als Versicherter und Patient wird
im Wettbewerb also zu dem Träger der
Chancen und Risiken



Das DRG-Fallpauschalen-System

- Ein Kurzausflug
 - DRG bedeutet **D**iagnostics **R**elated **G**roups.
 - Sie sind eines der sogenannten Patientenklassifikationssysteme, also ein System in dem die medizinisch(-pflegerisch)en Eigenschaften von Patienten in Krankenhäusern erfassbar und gruppierbar gemacht werden.
 - In Deutschland werden sie zu allererst zum Zwecke der Abrechnung genutzt.



Das DRG-Fallpauschalen-System

- Ein Kurzausflug
 - Festlegung (Kodierung) auf der Basis:
 - Hauptdiagnose
 - Nebendiagnose
 - Komplikation
 - Prozeduren
 - Daraus ergibt sich der jeweilige Fallwert (Bewertungsrelation) ausgedrückt in einem Punktwert, aus dem sich in Kombination mit einem landesweiten einheitlichen Eurowert pro Punkt dann der Preis der DRG ergibt
 - Jeder DRG ist eine untere und obere Grenzverweildauer sowie eine mittlere Verweildauer zugeordnet.
 - *Zusätzlich können abgerechnet werden:
hausbezogen kalkulierte Fallpauschalen Zusatzentgelte für besonders teure oder unabhängig von der Behandlung zu erbringende medizinische Leistungen (z.B. Dialyse)*



Das DRG-Fallpauschalen-System

- Die Veränderung im Verhältnis Krankenkassen und Krankenhäusern
 - Voher: Bis 1992 Kosten-Leistungsnachweis bzw. bis 2003 Leistungs-Kalkulationsaufstellung.
 - Es wurde ein leistungsbezogenes Kostenbudget verhandelt, dass dann über den Pflegesatz patientenbezogen auf die Krankenkassen verteilt wurde.
 - Ziel war es die Selbstkosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses zu decken (Selbstkostendeckungsprinzips).
 - Diese Form der Finanzierung stellte die Aufgabe der Leistungsbereitschaft in den Vordergrund, indem die Bedingungen des Hauses berücksichtigt wurden



Das DRG-Fallpauschalen-System

- Die Veränderung im Verhältnis Krankenkassen und Krankenhäusern
 - Heute: Aushandlung eines Leistungs-Erlösbudgets
 - Die Kassen verhandeln (gemeinsam) mit dem jeweiligen Krankenhaus eine Leistungsmenge (den Casemix) zu einem extern festgelegten Preis.
 - Bundesweite Vorgaben und Preisvergleiche bei nicht bepreisten Leistungen
 - Leistungsentwicklungen aufgrund gesetzlicher Vorgaben, hausspezifischer Vorgaben und Vorjahresentwicklungen



Wie „steuern“ die Krankenkassen?

- Von der Versorgungsgerechtigkeit zur Leistungsgerechtigkeit:
 - Der gesetzlich durch den jeweiligen Landeskrankenhausplan definierte Versorgungsauftrag des Krankenhauses wird durch die Kassen in den sogenannten Budgetverhandlungen konkretisiert.
 - Es geht dabei um die Optimierung von Leistungsgerüsten, nicht um die Gewährleistung von Versorgungssicherheit.
 - Ergebnis ist ein verbindliches Leistungsgerüst, auf deren Grundlage die Krankenhäuser arbeiten.
 - Die vereinbarten Leistungen bestimmen schließlich auch den durchschnittlichen Leistungspreis. Leistungen die nicht aufgenommen werden, können nicht oder nur im Notfall erbracht werden.



Wie „steuern“ die Krankenkassen?

- Kurzer Exkurs:

- Mindestmengenregelung: Forderung der Krankenkassen, um die Zahl der leistungsberechtigten Krankenhäuser zu verringern mit der Vorstellung, durch Mindestmengen sowohl Menge als auch Qualität zu kontrollieren:

Der Westen 8.9.2010: „So wurden 2007 25.768 künstliche Knie in NRW eingesetzt, 2008 waren es 28.175. Zehn Prozent mehr innerhalb eines Jahres! Die Ursache dafür liegt im Abrechnungssystem. Seit 2008 werden Knie-Implantationen von den Kassen nur noch erstattet, wenn das behandelnde Krankenhaus mindestens 50 Operationen dieser Art pro Jahr durchführt. „Das hat zu einem sprunghaften Anstieg der Operationen geführt“, erklärt der AOK-Geschäftsbereichsleiter Krankenhäuser, Matthias Murmann. ... Die Qualität der Behandlungen ist dabei allerdings nicht gestiegen.“

- Strukturqualität: Bsp. Notfallsectio: Strukturelle Voraussetzung ist die ständige Präsenz eines Facharztes 24/7. Diese wird aber nicht finanziert, erst mit entsprechenden Mengen (Gesamtgeburtzahlen etwa größer 1000). Flächendeckende Notfallversorgung in Gefahr!



Wie „steuern“ die Krankenkassen?

- Verhandlungsgeschick:
 - Im Fokus steht ein vorher durch die Kassen definiertes Wunschergebnis?
 - Folge: Vereinbarung für Zusatzentgelte deutlich unterhalb der nachgewiesenen Kosten.
 - Zusatzleistungen werden häufig erst nach Jahren anerkannt. In der Regel deutlich unterhalb der Forderungen



Wie „steuern“ die Krankenkassen?

- Abrechnungsgeschick:
 - Außenstände (Forderungsbestand) schwankt zwischen 18 und 45 Prozent. Zinsverlust bleibt bei Krankenhäusern



Wie „steuern“ die Krankenkassen?

- **Abrechnungsgeschick:**
 - Überprüfung des Einzelfalles:
 - Einzelne Kassen bezweifeln bis zu jeder vierten Rechnung. Im Schnitt ca. 12 Prozent, davon sind 40% erfolgreich (4 Prozent aller Rechnungen). Der Streitwert liegt bei durchschnittlich 1300 Euro, realisieren können die Kassen davon etwas mehr als ein Drittel (490 Euro) pro Fall. (Daten 2012; medioinfoweb)
 - Gründe:
 - Kurzliegerabschläge: Verweildauer knapp oberhalb der uGV wird bezweifelt.
 - Die Bewertung oder Einstufung der DRG wird bezweifelt. Kodierfehler
 - Unnötige Behandlung (insbesondere stationersetzende Leistungen)
 - Rabatte anstelle Verfahrenswillkür.



Wohin „steuern“ die Krankenkassen?

- In Zukunft Selektivverträge?
 - Krankenkasse schließt separate Vereinbarung mit einem Krankenhaus, anstelle einheitlich und gemeinsam.
 - Aufhebung des Kontrahierungszwangs.
 - DRG-Preisniveau ist Orientierung
 - Vereinbarung für Gesamtleistung oder für Teilbereiche.

Wo bleibt der Patient/der Versicherte?

- Konzentrationsprozess:





Wo bleibt der Patient?

- **Konzentrationsprozess:**
 - Konzentration stärkt Verhandlungsmacht.
 - Solistische Krankenhäuser können dem kaum adäquat antworten.
 - Konzentrationsprozess auf Seiten der Krankenhäuser:
 - Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser („Markt“anteile der Privaten haben sich in den letzten zwanzig Jahren mehr als verdreifacht. Mehr als 80% dieses privaten Krankenhausmarkts wird allerdings von nur vier Konzernen beherrscht).
 - Kirchliche Krankenhauskonzerne entstehen (z.B. Kosmas und Damian (K+D) für das Bistum Essen, aber meist regional).
 - Vorteile:
 - Verhandlungsmacht - Verhandlungsstrategie
 - Standardisierung und Vereinheitlichung
 - Lokales Krankenhaus als Zweigstelle
 - Personalrecruiting
 - Bauliche Standards
 - Zentraleinkauf im Konzern

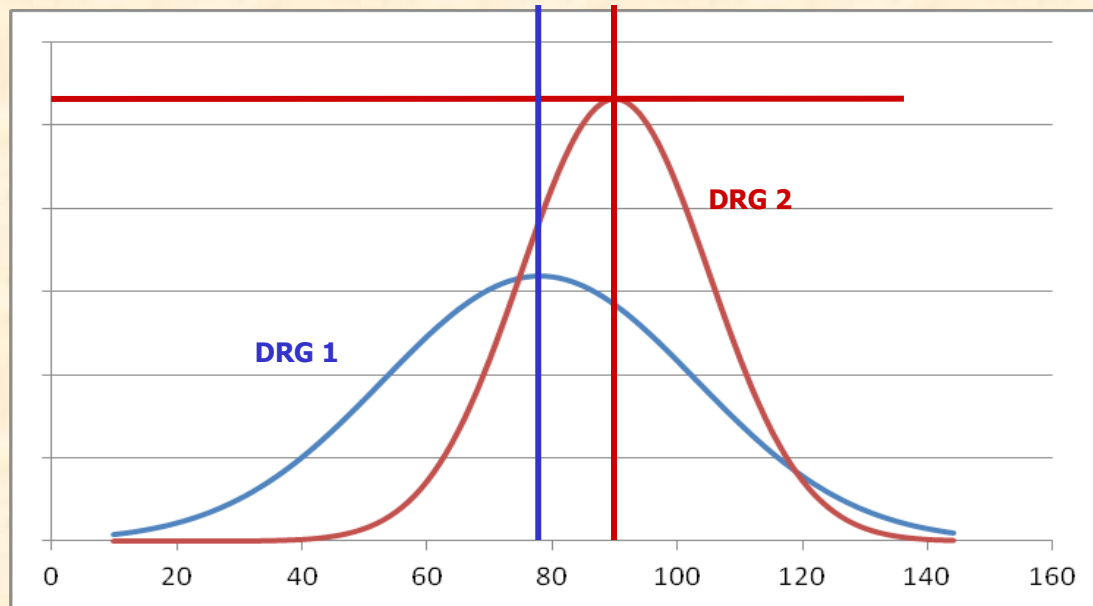


Wo bleibt der Patient?

Betriebliche Optimierung wird durch die jährliche Neukalkulation der Bewertungsrelation zeitnah in das System integriert. Nur derjenige, der Kostenvorteile als erster durchsetzt, kann sie als „Extraprofit“ realisieren. Auf Dauer werden diese wirtschaftlichen Vorteile aufgehoben, weil nur die überleben, die zu oder unterhalb der Durchschnittskosten arbeiten. Dauerhaft bleibt also nur der Patient als „Manipulationsobjekt“.

Wo bleibt der Patient?

Der Patient als Risiko und Chance



Welche Patienten will ich haben? DRG 1: hohes Kostenrisiko bei geringem Erlös.

DRG 2: Geringe Kostenstreuung höherer Erlös.

Bsp. Beatmung

Bsp. Neonaten



Wo bleibt der Patient?

- Optimierung des Patienten und des Versicherten:
 - Erstellen von Risikoprofilen aufgrund sozialbiografischer Eigenschaften.
 - im angloamerikanischen Bereich gibt es in zunehmender Zahl Firmen, die darauf spezialisiert sind, aufgrund von Internetprofilen Gesundheits- und Krankheitsrisiken für Versicherungen und Krankenhäuser zu erstellen.
 - Aus den Niederlanden wissen wir, dass im Wettbewerb der Krankenversicherungen Gruppenangebote (z.B. für Firmen) selektiv ausgerichtet sind.
 - Wir erkennen etwa in Deutschland, dass besonders gut bewertete Prozeduren so häufig durchgeführt werden, dass Deutschland europaweit oder sogar weltweit bei der Zahl aller Eingriffe deutlich an der Spitze steht (z.B. TAVI 45 Prozent europaweit; Mitral-Klip weltweit 50 Prozent)



Wo bleibt der Patient?

Unterhalb dieser Optimierungstechnokratie gibt es noch viele Menschen, die mit professionellem Sachverstand und berufsbezogenem Ethos den kranken Menschen nicht als Fall sehen, sondern als Mensch mit seiner Schwächung, aber auch seiner eigenen Biografie. Diese Profis sind häufig still, aber ausdauernd.

Diese Professionalität ist ein elementarer Baustein für eine Richtungsänderung.



Wo bleibt der Patient?

Wettbewerb ist immer antagonistisch und verlangt systembedingt immer danach, Vorteile zu finden und zu nutzen. Es gibt damit keinen Guten oder keinen Bösen. Es passiert eben genau das, was der wirtschaftliche Wettbewerb kann.

Anstelle eines immer mehr an globalen Unternehmens- und Konzernzielen orientierten Systems der Aushandlung und Kontrolle bedarf es einer Besinnung, möglicherweise Rückbesinnung auf das Lebensweltliche, als Ort der Entstehung von Krankheit und Gesundheit.

Das Beispiel Finnland macht deutlich, dass die Stärkung der kommunalen bzw. regionalen Steuerung auch wirtschaftlich erfolgreich sein kann.



Zum Schluss

Es geht nicht um ein Auto.

Es geht nicht um den Kauf eines Fernsehers.

Es geht auch nicht um eine schöne Frisur.

Es geht um uns ganz selbst!

Herzlichen Dank!