

Dr. Bernard Braun
SOCIUM der Universität Bremen
Mary Somervillestraße 5
28359 Bremen
Mail: bbraun@zes-uni-bremen.de

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 18(14)0166(2) gel. ESV zur öAnhörung am 13.04. 16_Krankenhausfinanzierung 07.04.2016</p>

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren“ (BT-Drucksache 18/6326)

Diese Stellungnahme konzentriert sich aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht auf zwei grundsätzliche Fragen: Ist für die Beseitigung oder Abmilderung der weitgehend unstrittigen unerwünschten Erscheinungen der durch das DRG-Abrechnungssystem geprägten stationären Versorgung somatischer Erkrankungen ein Ausstieg aus diesem System notwendig? Reicht das im Antrag der Fraktion DIE LINKE skizzierte Paket aus Ausstieg plus begleitende Maßnahmen aus, um die erwartete Wirkung zu erreichen?

ad 1) Alle seit Ende der 1990er Jahre parallel zur Implementation der Fallpauschalen bzw. DRGs eigenen (z.B. 2013 in 26 hessischen Akutkrankenhäuser und 2014 in psychiatrischen Kliniken, in Kooperation mit dem Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) (z.B. 2003, 2005 und 2008) und von anderen Wissenschaftlern (z.B. Wasem 2014) durchgeführten sozialwissenschaftlichen Befragungen (schriftlich standardisiert und qualitativ-mündlich) von in Krankenhäusern behandelten PatientInnen und von Angehörigen der dort tätigen Berufsgruppen sowie einige auf Routinedaten gestützte Analysen von Behandlungsverläufen (z.B. REDIA) zeigen zweierlei:

- Im Vergleich zu den bei allen normativen oder strukturellen Veränderungen in sozialen Systemen immer auftretenden unbeabsichtigten und unerwünschten Ergebnissen treten im zeitlichen Zusammenhang mit der Implementation der Fallpauschalen/DRGs relativ viele, besonders gravierende, in der Tendenz irreversible und in ihrer Intensität fast stetig zunehmend unerwünschte Veränderungen auf. Dabei handelt es sich u.a. um die Unterversorgung bei gleichzeitiger Überversorgung bestimmter PatientInnen-Gruppen, die gesundheitlich nachteilige Verschiebung von Behandlung in andere Versorgungsbereiche, die implizite Rationierung gesundheitlich notwendiger Leistungen, die zunehmende Diskrepanz von traditionellen beruflichen Selbstverständnissen und Krankenhauswirklichkeit und den Beginn ihrer Erosion bzw. die Anpassung der beruflichen Normen an die Wirklichkeit. Da es parallel zu den DRGs keine weiteren starken Veränderungen der Bedingungen für die stationäre Versorgung gab, kann es sich bei den skizzierten Veränderungen trotz des Fehlens kausaler Analysen (diese fehlen für gesetzliche Interventionen dieser Bedeutung aber sowohl für die Annahme von Zusammenhängen als auch die eines Nichtzusammenhangs fast immer) überwiegend um Wirkungen des DRG-Systems handeln.
- Ein nicht zu quantifizierender Anteil der unerwünschten Veränderungen und Ereignisse in der stationären Versorgung beruht allerdings nicht auf den Fallpauschalen/DRGs, sondern auf anderen, bereits vorher und parallel existierenden

Bedingungen und Einflussfaktoren. Dazu zählt insbesondere die auch im Antrag genannte quantitativ und qualitativ unzureichende Ausstattung mit Pflegepersonal, die trotz zahlreicher normativer Vorgaben weitgehend anhaltende sektorale Abschottung der stationären von der ambulanten Versorgung und die jahre- wenn nicht gar jahrzehntelange Unterversorgung der Krankenhäuser mit Investitionsmitteln durch die Bundesländer. Ein Indiz für diesen Teil der Einflussnahme ist z.B. die Tatsache, dass auch im Bereich der von DRGs nicht betroffenen psychiatrischen Versorgung z.B. ein nicht geringer Anteil der Beschäftigten angibt, gesundheitlich notwendige Leistungen u.a. wegen Zeitmangel nicht erbringen zu können, also implizite Rationierung auszuüben.

Um die skizzierten unerwünschten Wirkungen beseitigen zu können, existieren zum einen zahlreiche vor allem durch das INEK entwickelte technische Modifikationen einzelner DRGs und zum anderen mehr oder weniger umfangreiche Kataloge von dafür geeignet zu erscheinenden Maßnahmen (zuletzt die 155-seitige Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zur „Weiterentwicklung des DRG-Systems vom 5. April 2016). Die vorgeschlagenen und aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht durchaus sinnvollen Maßnahmen reichen von der systematischen und nicht nur proklamatorischen Orientierung am Patientenwohl über den Ausschluss ganzer PatientInnengruppen aus dem DRG-Abrechnungssystem (z.B. Kinder) bis zur Finanzierung unterlassener Behandlungen oder einem besseren Controlling. Selbst wenn man annimmt, dass diese Maßnahmen problemlos realisiert werden und einen gewissen Teil der Behandlungswirklichkeit positiv beeinflussen können, ist es wahrscheinlich, dass das übrige Krankenhausgeschehen weiterhin durch die Normen und Handlungsrouinen des alten DRG-System bestimmt wird. Das bereits jetzt enorm komplexe System der stationären Versorgung wird also noch komplexer und durch Parallelwelten geprägt. Das Problem der mit dem Denken und Handeln in verschiedenen „Welten“ verbundenen Handlungsunsicherheiten wird häufig mit dem Festhalten an den Standards und Handlungsrouinen des Status quo ante, also in diesem Fall dem des DRG-Systems, zu lösen versucht.

Will man dies verhindern, stellt sich die Frage warum ein durch diese Maßnahmen mit dem erforderlichen großen Aufwand zu 20%, 40% oder 55% außer Kraft gesetztes oder abgemildertes und in der Wahrnehmung der im Krankenhaus Beschäftigten vielfach „schuldige“ oder diskreditierte DRG-System nicht grundsätzlich durch ein anderes Abrechnungs- und Regulierungssystem ersetzt wird, das sich von Beginn an an den Reformmaßnahmen zur „Weiterentwicklung des DRG-Systems“ orientiert.

ad 2) Bei der Reformoption des Ausstiegs aus dem DRG-System wird allerdings eine alleinige Reform à la „Weg mit den DRGs“ mit Sicherheit nicht zum Verschwinden der oben genannten unerwünschten Versorgungsaspekte führen. Dies bedeutet, dass die Abschaffung des DRG-Systems zwar eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die erwarteten positiven Veränderungen ist. Hinreichend wird erst eine Kombination mit den auch im Antrag grundsätzlich genannten zusätzlichen Reformen der systematischen Ermittlung des stationären Behandlungsbedarfs und seiner Berücksichtigung in der Krankenhausplanung, der stärkeren Orientierung an evidenzbasierten Behandlungsleitlinien, der quantitativ wie qualitativ besseren Ausstattung mit Pflegepersonal, der Realisierung intersektoraler Behandlungskonzepte oder der Gewährleistung der Finanzierung notwendiger

Investitionen durch die Bundesländer. Die Tatsache, dass fast alle dieser Maßnahmen zum Teil schon seit Jahrzehnten gefordert und sogar gesetzlich fixiert sind, zeigt aber, dass der notwendige Aufwand, um verfestigte Versorgungsstrukturen und -routinen abzubauen und Widerstände zu beseitigen von Beginn an nicht unterschätzt werden darf und mehr als der üblichen Appelle und gut gemeinter Kompromisse bedarf.

Hier besteht m.E. auch noch der größte Konkretisierungsbedarf im Zusammenhang mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. Notwendig ist dabei neben der Gemeinwohlorientierung die explizite und konkrete Orientierung jeder künftigen Krankenhauspolitik am Wohle der Patienten (siehe dazu die Operationalisierung des Patientenwohls in der Stellungnahme des Ethikrates) und damit eine dominante Orientierung an den Präferenzen der PatientInnen und der Ergebnisqualität. Für eine bessere Verknüpfung stationärer mit ambulanter Versorgung reichen allgemein gehaltene gesetzliche Vorgaben für eine integrierte Versorgung bei weitem nicht aus. Schließlich fordert der Vorschlag des Antrags, der Bund solle 50% der Investitionskosten finanzieren und die Bundesländer die andere Hälfte geradezu zu seiner Missachtung bzw. dem Unterlaufen seiner guten Absicht heraus. Warum sollten nach den bisherigen Erfahrungen die Bundesländer nicht weiterhin ihre Finanzierungspflichten vernachlässigen und damit weiterhin immer noch mindestens die Hälfte des Investitionsbedarfs unfinanziert bleiben?

Schlussbemerkung aus aktuellem Anlass: Ein Verzicht auf einen Ausstieg aus dem DRG-Finanzierungssystem würde schließlich in absehbarer Zeit zu einer paradoxen und absehbar nachteiligen Situation in Krankenhäusern mit somatischen und psychiatrischen Leistungen führen. Dies hat damit zu tun, dass die SPD-Fraktion in einem Beschluss vom 8. Januar 2016 und die Regierungsfractionen in dem Papier „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vom 18. Februar 2016 ihre Vorstellungen für die Revision einer zuvor für den Bereich der psychiatrischen Versorgung gesetzlich beschlossenen Entgeltreform mit Argumenten begründen, die denen des Antrags der Fraktion DIE LINKE für den DRG-Bereich der Versorgung somatischer Kranker stark ähneln. So soll u.a. die Behandlung psychisch Kranker „individuellen Anforderungen gerecht werden“ wohingegen „ein vorzementiertes Behandlungssystem mit Pauschalen, die sich am Durchschnitt orientieren...dieser Vielfalt nicht gerecht“ (SPD-Fraktion) wird. Gefordert wird ein Vergütungssystem, „das den tatsächlichen Behandlungsaufwand honoriert“ (SPD-Fraktion) und die Vereinbarung von „bedarfs- und leistungsgerechten Budgets“ (Eckpunkte), die „regionale Bedingungen und hausindividuelle Besonderheiten“ (ebd.) berücksichtigen. Auch wenn es sich bei der bisherigen Psych-Entgeltreform nicht um „Psycho-DRGs“ handelt, gibt es m.E. keinen schlüssigen Grund dafür, dass die Überlegungen zu Fehlanreizen von pauschalen Preissystemen und die zitierten Prinzipien nicht auch für eine Reform der DRGs gültig sind.

Sollten die Überlegungen der SPD-Fraktion und des Eckpunktepapiers vollständig Eingang in den noch ausstehenden Entwurf eines „Psych-Entgelt-Reformgesetzes“ finden und der Status quo des DRG-Systems erhalten bleiben, wird es in absehbarer Zeit zahlreiche Kliniken mit deutlich unterschiedlichen Vergütungs-, Anreiz- und Regulierungsprinzipien geben. Es ist schwer vorstellbar, dass sich dies positiv auf die Leistungsqualität der gesamten Klinik oder

die Arbeitszufriedenheit vieler Beschäftigten und damit die patientenbezogene Behandlungsqualität auswirkt.