



Wer bezahlt die Krankenhäuser?

Eine Betrachtung moralischer Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Krankenhäuser und deren Einfluss auf die Versorgung der Patienten



Gliederung

- ▶ Allgemeines zur Wahrnehmung des Krankenhauses im gesellschaftlichen Kontext
- ▶ Ökonomisierung/ Kommerzialisierung/ Wirtschaftlichkeit und Daseinsvorsorge
- ▶ Finanzierung der Krankenhäuser
 - ▶ Duale Finanzierung
 - ▶ Fallabrechnung via DRGs
- ▶ Begleitende Denkanstöße



1. Allgemeine Aspekte rund ums Krankenhaus

- ▶ Stellen zentralen Bestandteil sozialen Lebens einer Region oder Stadt dar
 - ▶ In einer Stadt mit einem Krankenhaus fühle ich mich gut aufgehoben
 - ▶ Anlaufpunkt für fast alle Facetten der Gesundheitsfürsorge und Krankenbehandlung
 - ▶ Absicherung der Notfallversorgung
- ▶ Geht´s dem Krankenhaus gut, geht´s der Stadt gut
 - ▶ Hohe Identifikation innerhalb der Bevölkerung → „Jeder kennt jemanden der dort arbeitet.“



1. Allgemeine Aspekte rund ums Krankenhaus

- ▶ Gleichzeitig großer Arbeitgeber in der Region, Wirtschaftsmotor
- ▶ Fast jede Branche in einem Krankenhaus/ Klinikum vertreten
 - ▶ Ärztlicher und pflegerischer Dienst, Verwaltung, Buchhaltung, Marketing, Rechtsabteilung, IT
 - ▶ Logistik- und Transportdienste, Infrastruktur, Installations-/ Reparaturdienst
 - ▶ Medizinisch-technische Assistenzberufe (MT-RA/ -LA/ -FA, OTA/ATA) und Therapeutische Berufe (Ergo, Logo, PT, HEP)
 - ▶ (Medizin-)Technische und naturwissenschaftliche Berufe (Physiker, Medizintechniker, Psychologen)
 - ▶ Schul- und Erziehungsdienst (Pädagogen, Erzieher)
 - ▶ Sozialdienst
 - ▶ Landschafts- und Grünanlagenpflege

2. Ökonomisierung/ Kommerzialisierung/ Wirtschaftlichkeit und Daseinsvorsorge

- „Der Begriff der **Ökonomisierung** bezeichnet die **Ausbreitung** des Marktes bzw. seiner Ordnungsprinzipien und Prioritäten **auf Bereiche**, in denen **ökonomische Überlegungen** in der Vergangenheit eine **eher untergeordnete Rolle** spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren; (...)
- Häufig wird synonym der Begriff **Kommerzialisierung** verwendet. Während Ökonomisierung eher als Begriff für das Eindringen der Logik des Wirtschaftssystems in andere Subsysteme steht, wird mit Kommerzialisierung eher die **wirtschaftliche Verwertung** bereits **bestehender Leistungen oder Güter** bezeichnet.“

(Wikipedia, aus Bündnis Krankenhaus statt Fabrik)



2.1 Wirtschaftlichkeit ist gut vereinbar mit dem Patientenwohl

- ▶ Wirtschaftlichkeit verstanden als:
 - ▶ Prinzip der Angemessenheit der Leistungen (§ 12 SGB V)
 - ▶ Wirksamkeit geht vor Sparsamkeit
 - ▶ Sparsame Mittelverwendung
 - ▶ keine Verschwendung

2.2 Ökonomisierung/ Kommerzialisierung – ein sinnvolles Prinzip?

- ▶ betriebswirtschaftliche Faktoren entscheiden über Handlungsziele:
 - ▶ Gewinnerzielung
 - ▶ Kostensenkung
 - ▶ Leistungsausdehnung
 - ▶ Risikovermeidung
 - ▶ Patient als Kunde
- ✓ **im Fallpauschalensystem (=DRGs) haben ökonomische Ziele Vorrang**

2.3 Gesundheitswesen als Teil der Daseinsvorsorge

- ▶ **Daseinsvorsorge** bedeutet:
 - ▶ solidarische Finanzierung (nach Leistungsfähigkeit/ Einkommen)
 - ▶ Leistungsvergabe nach Bedarf, nicht nach Zahlungsfähigkeit
 - ▶ keine Gewinne oder Verluste
 - ▶ Sachsteuerung (Bedarf) statt finanzieller Steuerung
 - ▶ das Notwendige wird auch finanziert
- ▶ Krankenhausversorgung ist soziale Daseinsvorsorge
- ▶ Medizinische/pflegerische Ethik: Patientenwohl ist das wichtigste Ziel
- ▶ Patienten sind keine Kunden (haben keine Entscheidungsfreiheit)
 - ✓ **in der Daseinsvorsorge hat der Patient Vorrang**

2.3 Gesundheitswesen als Teil der Daseinsvorsorge

Denkanstöße:

- ▶ Welche Rolle sollte ein Krankenhaus im gesellschaftlichen Kontext übernehmen?
 - Absicherung und Daseinsfürsorge für die Bevölkerung
 - Sicherer Arbeitsplatz und Wirtschaftsmotor
- **Meinungen/ Standpunkte der Kursteilnehmer:**
 - ✓ Beide Rollen sollten übernommen werden, Fokus aber auf Absicherung
 - ✓ KH dienen der Daseinsvorsorge, sind aber auch Dienstleister, z.B. für private Leistungen (wie kosmetische Eingriffe etc.)
 - ✓ Kleinere Häuser könnten in der Krankenhauslandschaft verschwinden

2.3 Gesundheitswesen als Teil der Daseinsvorsorge

Denkanstöße:

- ▶ Kennt Ihr andere Institutionen des Staates, durch die er Fürsorge seiner Bevölkerung leistet?
- **Meinungen/ Standpunkte der Kursteilnehmer:**
 - ✓ Schule, Feuerwehr/ Katastrophenschutz
 - ✓ Gesundheitsämter, aktuell in Coronapandemie besonders relevant (Veraltung, Kontaktnachverfolgung, Impfpässe etc.)

2.3 Gesundheitswesen als Teil der Daseinsvorsorge

Denkanstöße:

- ▶ Sollte ein Krankenhaus gewinne machen? Wohin sollte diese gehen?
- **Meinungen/ Standpunkte der Kursteilnehmer:**
 - ✓ Ökonomisierung sollte zurückgefahren werden
 - ✓ das Privileg zu leben und behandelt zu werden sollte unabhängig von finanzieller Ausrichtung des Krankenhauses gewährleistet sein.
 - ✓ Gewinn der falsche Ansatz, Leistungen für Bevölkerung nicht um Geld zu verdienen
 - ✓ Für ein KH ist der Patient Mittel zum Zweck → moralisch unbedenklich wenn Gewinne zurückfließen würden
 - ✓ Wenn KH keine Kontrolle über ihre Gewinne/ Gelder hätten, gebe es keine Gier nach Behandlungszahlen und weniger Probleme

3.1 Duale Krankenhausfinanzierung

► Versorgungsauftrag

- Der Versorgungsauftrag bezieht sich grundsätzlich auf alle **Leistungserbringer** [wie **Krankenhäuser**, Apotheken], die **für die gesetzliche Krankenversicherung tätig** sind.
- Im Krankenhausbereich orientiert sich der Versorgungsauftrag an der **Krankenhausplanung** des jeweiligen Bundeslandes.

(Encyclo 2021)

3.1 Duale Krankenhausfinanzierung

- ▶ Krankenhausplanung
 - ▶ Die **Länder** haben den Auftrag, **die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung** mit Krankenhausleistungen sicherzustellen.
 - ▶ Zu diesem Zweck erstellen sie einen Krankenhausplan und **entscheiden** damit über die **Anzahl der erforderlichen Krankenhäuser** und Betten.
 - ▶ Üblicherweise sind die Landeskrankenhausgesellschaften (LKGs) und die Landesverbände der **Krankenkassen** an der Krankenhausplanung beteiligt.

(Gerlinger 2012)



3. Finanzierung der Krankenhäuser

- ▶ Duale Krankenhausfinanzierung
 - ▶ Über Krankenkassen
 - ▶ Über Fördermittel der Bundesländer
- ▶ Fallpauschalensystem = DRGs (Diagnosis Related Groups)

3.2 Fallabrechnung via DRGs

<https://www.youtube.com/watch?v=U4RxG-s-jW8>



3.1 Duale Krankenhausfinanzierung

- Die Finanzierung eines Krankenhauses in Deutschland speist sich aus zwei wesentlichen Quellen:
 - Die laufenden **Behandlungskosten** werden mittels **DRG-Fallpauschalen** von den **Krankenversicherungen** getragen
 - die **Investitionskosten** werden durch Fördermittel der **Bundesländer** finanziert
- Zur Finanzierung des Gesundheitswesens führen die Versicherten ihre **Pflicht-Versicherungsbeiträge** an ihre Krankenkasse ab, hinzu kommen neben einigen weiteren Quellen v. a. **steuerfinanzierte Anteile** sowie Eigenbeteiligungen der Patienten.

(aus Hodek 2017)

3.1 Duale Krankenhausfinanzierung

- ▶ Gemäß § 4 KHG werden Krankenhäuser also dadurch wirtschaftlich gesichert, dass sie:
 - ▶ für die **laufenden Betriebskosten (wie Personal- und Sachmittel)** von den gesetzlichen und privaten **Krankenversicherungen** leistungsgerechte Erlöse in Form von DRG-Fallpauschalen sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten
 - ▶ die **Investitionskosten (für Bauvorhaben oder die Anschaffung medizinischer Geräte etc.)** im Wege öffentlicher Förderung von den **Bundesländern aus Steuermitteln** übernommen werden. Dies gilt allerdings nur für diejenigen Krankenhäuser, die in den jeweiligen **Landeskrankenhausplan** aufgenommen sind

(aus Hodek 2017)

3.1 Duale Krankenhausfinanzierung

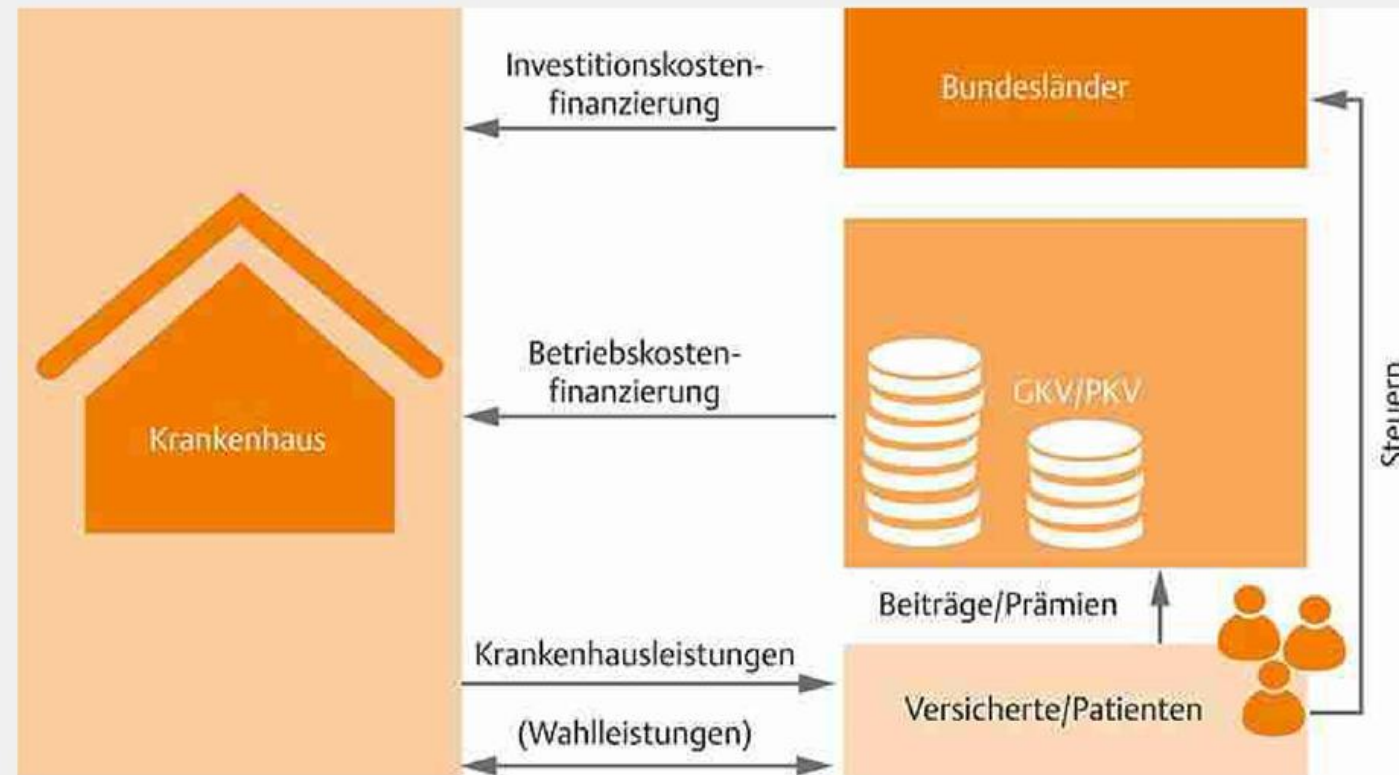


Abb. 1 Duale Finanzierung von Krankenhausleistungen

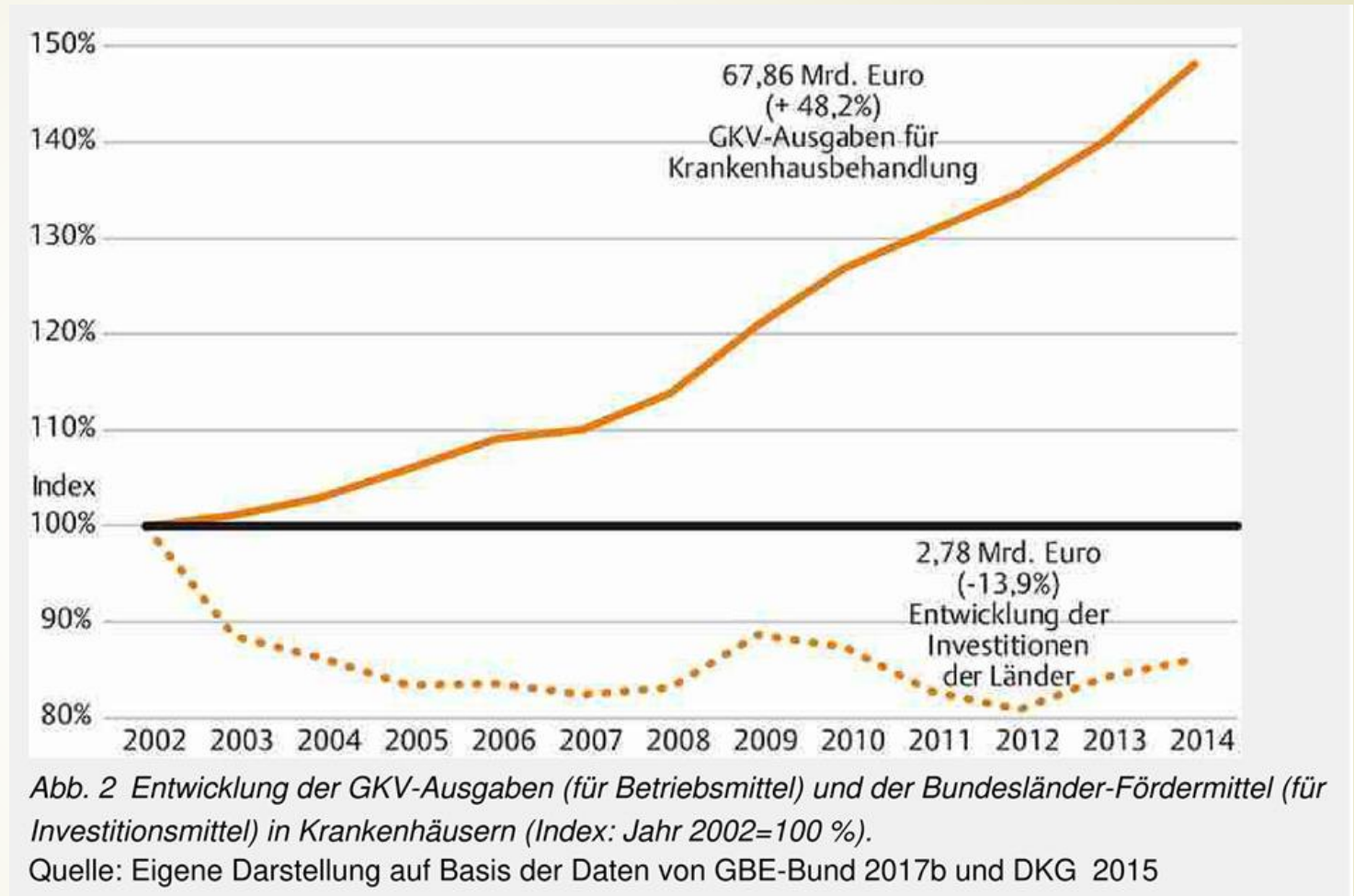
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Haubrock u. Schär 2009

(aus Hodek 2017)

3.1 Duale Krankenhausfinanzierung

- Wie der [Abbildung 2] zu entnehmen ist, sind die Ausgaben der GKV im Verhältnis zu den Investitionsmitteln der Länder in den letzten Jahren deutlich wachsend
- Jahr 2014 betragen die hauptsächlich über DRG-Fallpauschalen abgerechneten GKV-Ausgaben ca. **68 Mrd. Euro**.
- Die Investitionsmittel der Bundesländer betragen hingegen lediglich ca. **2,78 Mrd. Euro**, was einem Ausgabenanteil an den Gesamtkosten von ca. **3,3 %** entspricht (GBE-Bund 2017b, DKG 2015).

(aus Hodek 2017)

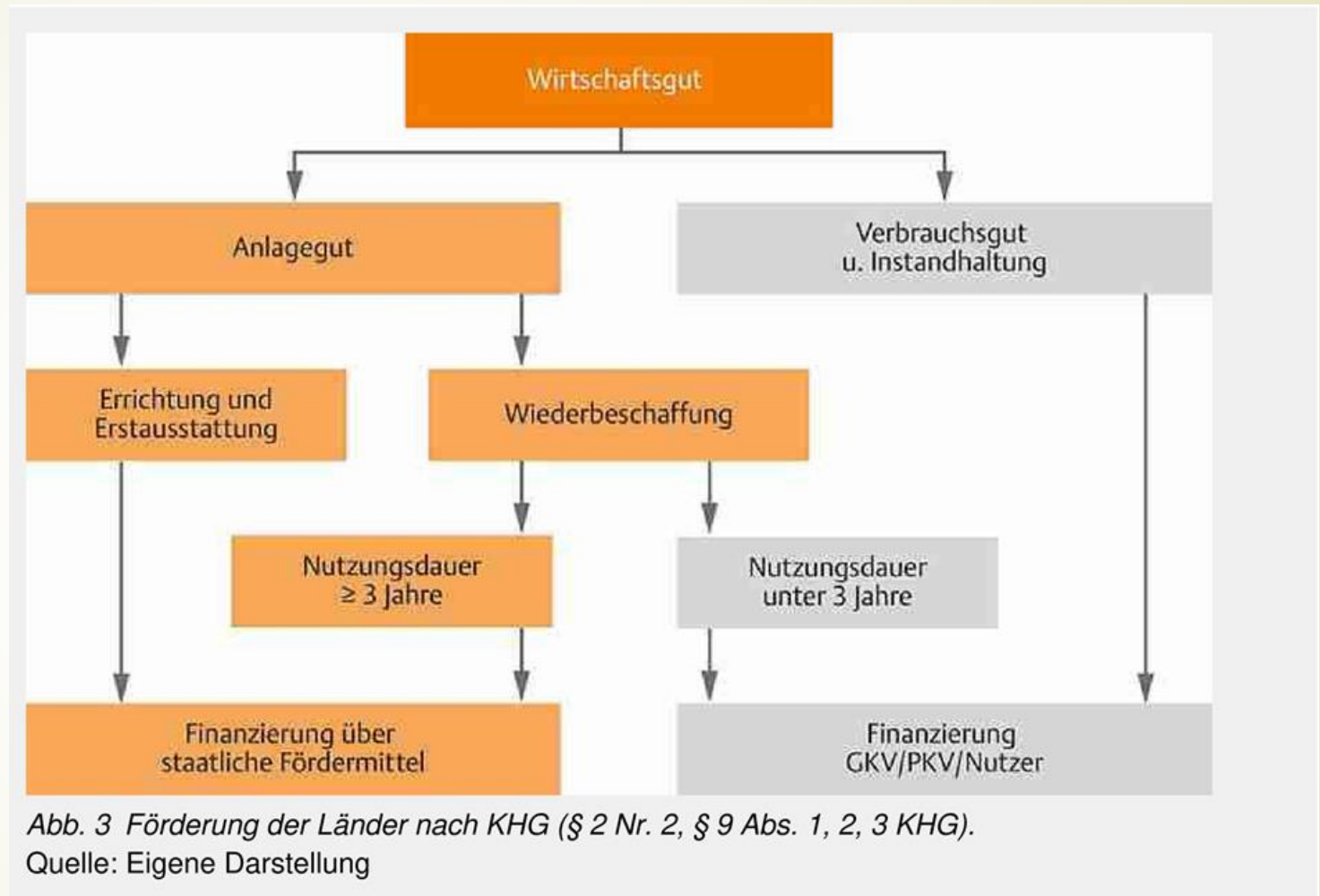


3.1 Duale Krankenhausfinanzierung

➤ Gemäß KHG förderfähig sind dabei grundsätzlich alle Anlagegüter (Neu- oder Wiederbeschaffung) mit einer Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

➤ Diese werden also nicht aus DRG-Pauschalen finanziert, sondern aus den Fördermitteln der Bundesländer [Abbildung 3]

(aus Hodek 2017)



3.1 Duale Krankenhausfinanzierung

Denkanstöße:

- Sollten Krankenkassen größere Mitbestimmung bei der Krankenhauslandschaft besitzen, wenn sie schon die meisten Kosten für Behandlung übernehmen?
- Ist es vertretbar wachsende Kosten für die Behandlung über höhere Zusatzbeiträge der Versicherten auszugleichen?
- Welche Wege sollte das Land ergreifen, um den Steuereinnahmen im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen?
- Kann man rechtfertigen, dass Krankenhäuser für Investitionen in eigene Infrastruktur und Gebäudesanierung Gelder aus den Erlösen der Fallabrechnung durch die Behandlung nehmen? Eigentlich Aufgabe der Länder.

3.1 Duale Krankenhausfinanzierung

Denkanstöße:

- **Meinungen/ Standpunkte der Kursteilnehmer zu vorherigen Denkanstößen:**
 - ✓ Krankenkassen haben geringen Grad der Mitbestimmung, das Papier sollte der Realität angepasst werden
 - ✓ Staat zwar am längeren Hebel, hat aber Pflicht zur Grundversorgung → Krankenkassen als Träger der Kosten nur geringe Einflussnahmen
 - ✓ Interessen der Krankenkassen sind nicht gleich die der Patienten, was nicht gut ist → unabhängige Gremien schaffen

3.2 Fallabrechnung via DRGs

- ▶ DRGs = Diagnosis Related Groups = Fallgruppen
 - ▶ einheitlicher Preis (Fallpauschale) für eine bestimmte Behandlung einer bestimmten Diagnose
- ▶ Grundlage: Australische DRGs
 - ▶ dort aber nicht flächendeckend und nur eine Methode der Budgetzuweisung neben vielen anderen Vergütungsbestandteilen

(aus Krankenhaus statt Fabrik)

3.2 Fallabrechnung via DRGs

- ▶ Ziel war es, die **Transparenz, Wirtschaftlichkeit** und **Leistungsorientierung** der Krankenhäuser zu erhöhen.
- ▶ Die Einführung des DRG-Vergütungssystems ging dabei mit einer **Abkehr von der früheren verweildauerorientierten** Abrechnung (und i. d. R. selbstkostendeckenden Finanzierung) der Krankenhäuser einher.

(aus Hodek 2017)

- ▶ Anfangs 409 Fallgruppen
- ▶ 2016: 1220 DRGs
- ▶ dabei 7 Schweregradkategorien (PCCL = Patient Clinical Complexity Level)
 - ▶ gewichtet nach Nebendiagnosen, Komplikationen, Altersplits

(aus Krankenhaus statt Fabrik)

3.2 Fallabrechnung via DRGs

- ▶ 179 **bundeseinheitliche** und Krankenhaus-individuelle Zusatzentgelte (2016) für besonders teure Behandlungen (Dialyse, Chemotherapie)
- ▶ nur laufende Kosten - **keine Investitionen**
- ▶ gilt für alle voll- und teilstationären Leistungen (eingeschränkt auch für Psychiatrie), nicht für ambulante Behandlung
- ▶ einheitliche Regelung von Zu- und Abschlägen für Notfallversorgung, Vorhaltung von Ausbildungsstätten Aufnahme von Begleitpersonen usw.
- ▶ Gewinne und Verluste möglich, orientieren sich an der **Verweildauer**

(aus Krankenhaus statt Fabrik)

3.2 Fallabrechnung via DRGs

Folgen für die Patienten: „Blutige Entlassung“

- ▶ Bsp. Patienten mit **Pneumonie** in USA vor/nach DRG-Einführung:
 - ▶ Verweildauer: -35%,
 - ▶ stationäre Kosten: - 25%,
 - ▶ Sterblichkeit im KH: - 15%
- ▶ Aber:
 - ▶ Sterblichkeit erste 30 Tage nach Entlassung: + 35%
 - ▶ Wiederaufnahme wg. Rückfall: + 23%
 - ▶ Verlegung in Pflegeheim: + 42%

(aus: Arch. Intern. Med. 2000; 160:3385-3391, in Krankenhaus statt Fabrik)

3.2 Fallabrechnung via DRGs

Folgen für die Patienten: „Blutige Entlassung“

- ▶ Patienten mit **Schenkelhalsfraktur** in USA vor/nach DRG-Einführung
 - ▶ Verweildauer von 21,9 T auf 12,6 T
 - ▶ Krankengymnastik von 7,6 auf 6,3 Anwendungen,
 - ▶ Gehstrecke von 27 auf 11 Meter,
 - ▶ Entlassung in Pflegeheim von 38% auf 60%,
 - ▶ nach einem Jahr noch im Pflegeheim von 9% auf 33%

(aus: N Engl J Med 1989 Mar 30; 320(13):871-2, in Krankenhaus statt Fabrik)

3.2 Fallabrechnung via DRGs

Einfluss Beatmungsdauer auf Erlös (Stand 2015)

DRG W01B (Polytrauma):

- ▶ Beatmung mehr als 263 Std. Fallwert: 14,5
- ▶ Beatmung weniger als 264 Std. Fallwert: 8,1
- ✓ **Erlösunterschied von ca. 20.000 Euro**

DRGs A01A-C (Lebertransplantation):

- ▶ Beatmung mehr als 179 Std., Fallwert: 32,5
- ▶ Beatmung weniger als 180 Std. oder mit Komplikationen, Fallwert: 16,7
- ▶ Beatmung unter 59 Stunden ohne Komplikation, Fallwert: 11,0
- ✓ **Erlösunterschied mehr als das Doppelte** (aus: Krankenhaus statt Fabrik)

3.2 Fallabrechnung via DRGs

- ▶ Plakataktion kommunaler Großkrankenhäuser

Was haltet ihr von dieser Kampagne?



3.2 Fallabrechnung via DRGs

Denkanstöße:

- ▶ Kann man Mediziner verstehen, die Patienten unnötige lange Beatmen, um Kosten für die Behandlung zu decken? Wie verhält es sich mit Moral und Ethos?
- ▶ Sind aufwendige Operationen bei sehr alten Patienten zu rechtfertigen, die kaum noch Teilhabe am Leben besitzen?
- **Meinungen/ Standpunkte der Kursteilnehmer zu vorherigen Denkanstößen:**
 - ✓ Fallpauschalen sind kontrovers zu sehen, früher viele Überlieger jetzt unnötig viele Operationen, um Gewinn zu erzielen
 - ✓ Aufklärung ist wichtig, Patienten würden mehr Vertrauen in Medizin schenken und Maßnahmen in Anspruch nehmen, wenn sie gerechtfertigt sind

3.2 Fallabrechnung via DRGs

Denkanstöße:

- ▶ Sollte man als Patient nachlassende Versorgungsqualität hinnehmen, weil für mehr Personal keine finanzielle Mittel zur Verfügung stehen?
- **Meinungen/ Standpunkte der Kursteilnehmer:**
 - ✓ Mangelnde Versorgungsqualität nicht hinnehmen, eher mehr Geld in Finanzierung von Pflegepersonal zu investieren
 - ✓ Auf der anderen Seite aber Bereitschaft vorhanden, für Leistungen der Gesundheitsfürsorgen, u.a. KH-Leistungen auch mehr zu zahlen, z.B. dass mehr Pflegepersonal vor Ort ist.



Coronapandemie und Krankenhaussterben

– Eine didaktische Reserve



Tagesschau.de (2020):
Krankenhausgesellschaft: Kliniken
können bald Gehälter nicht zahlen.
Tagesschau.de.
Online verfügbar unter
<https://www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/krankenhaeuser-finanzierung-101.html>

Quellennachweise

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen: Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen. Online verfügbar unter https://www.betriebundgewerkschaft.de/wp-content/uploads/Foliensammlung_KrankenhausstattFabrik.pdf, zuletzt geprüft am 06.07.2021.

Encyclo (2021): Encyclo - MDK - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung. Online verfügbar unter <https://www.enzyklo.de/Lokal/42142>, zuletzt aktualisiert am 05.07.2021, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Gerlinger, Thomas (2012): Krankenhausplanung und -finanzierung | bpb. In: Bundeszentrale für politische Bildung, 03.01.2012. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72022/krankenhausplanung-und-finanzierung>, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Hodek, Jan-Marc (2017): Finanzierung von Krankenhausleistungen. In: CNEF 11 (03), S. 7–11. DOI: 10.1055/s-0037-1603228.

Youtube: Technische Hochschule Rosenheim, Krankenhausfinanzierung, (2019) auf <https://www.youtube.com/watch?v=U4RxG-s-jW8>

Tagesschau.de (2020): Krankenhausgesellschaft: Kliniken können bald Gehälter nicht zahlen. Tagesschau.de. Online verfügbar unter <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/krankenhaeuser-finanzierung-101.html>, zuletzt aktualisiert am 05.07.2021, zuletzt geprüft am 05.07.2021