

Finanzierung von Leistungen bei Krankheit – Anforderungen an die Vergütung von Leistungen bei Krankheit jenseits von Privatisierung, Kommerzialisierung und marktorientierter Leistungssteuerung

09. Juni 2014 | Erstellt von Manfred Fiedler

Die Finanzierung von Leistungen bei Krankheit wird in Ermanglung einer in sich schlüssigen Betrachtung der wirtschaftlichen Aspekte des medizinisch-pflegerischen Prozesses in der Regel durch die Brille der traditionellen Ökonomie betrachtet.

Das Referenzmodell für die wirtschaftlichen Prozesse ist damit immer das marktwirtschaftliche Wettbewerbsmodell. Das schon für gängige wirtschaftliche Prozesse in die Kritik geratene Modell, und damit auch sein eher archaisch anmutendes Verständnis (oder Leitbild) des Menschen als rationalen Egoisten (*homo oeconomicus*), wird den besonderen Bedingungen der Leistung bei Krankheit nicht gerecht. Im Folgenden soll der Charakter der Leistung bei Krankheit sowie die sich daraus ergebenden Anforderungen an die Finanzierung erörtert werden. Mit diesem Instrumentarium werden dann die derzeitig eingesetzten Instrumente der Finanzierung am Beispiel des Krankenhauses analysiert und Eckpunkte für eine dem Gesundheitssystem angemessene Reform der Finanzierungsinstrumente entwickelt.

Markt und Wettbewerb als Modell für die Steuerung des Gesundheitssystems

Das Marktmodell arbeitet mit Sanktionen. Wer sich den Marktbedingungen nicht anpasst, wird zum Verlierer, scheidet entweder aus dem Markt aus oder muss sein Verhalten anpassen. Sofern das Verhalten der Einzelnen und ihre Ziele nicht bereits ursprünglich diesen Bedingungen entsprechen, haben sie nur die Wahl zwischen Untergang/Ausscheiden oder Opportunismus. Dies gilt sowohl für Nachfrager als auch Anbieter. Das Versagen zeigt sich in der Regel über den Preis oder/und über die Produkteigenschaften, also die Qualität der Leistung oder des Produkts oder bestimmte Eigenschaften der Leistung. Dabei wird unterstellt, dass die Mechanismen des Marktes als unpersönlicher Richter ohne weitere Intervention eines Dritten dazu führen, dass den wirtschaftlichen Interessen und damit den darin sich ausdrückenden Bedürfnissen (Präferenzen) der Marktteilnehmer entsprochen wird.

Wir wissen heute, dass diese Voraussetzungen nicht einmal grundsätzlich gegeben sind, weil bspw. über den Zeitverlauf (intertemporale), räumliche, aber auch aufgrund ungleicher (asymmetrischer) Zugänge zu Informationen und wirtschaftlichen Ressourcen entstehende Externalisierungsprozesse im Marktverhalten Ineffizienzen produzieren. Daran wird deutlich, dass der übliche Effizienzbegriff der Ökonomie gesamtgesellschaftlich, aber auch unter dem Gesichtspunkt unterschiedlichster Dimensionen von Wirtschaftlichkeit unzureichend ist.

Im Gesundheitssystem treffen zwei nichtmarktökonomische Bedingungen aufeinander: das Fehlen der wesentlichen Markteigenschaften der Leistungen bei Krankheit sowie schließlich die auch praktische Erkenntnis, dass selbst dann, wenn wir es nicht mit fehlenden Markteigenschaften zu tun hätten, die Marktergebnisse sozial und ethisch unerwünscht sind. Es bedarf daher nicht nur eines anderen Finanzierungssystems, sondern eines grundsätzlich anderen gesundheitsökonomischen Verständnisses, das von seinem Gegenstandsbereich ausgeht, also dem Wesen der Leistungen bei Krankheit und zur Förderung von Gesundheit entspricht, und nicht von dem Verständnis getrieben ist, das Standardmodell der Ökonomie dem Gegenstandsbereich des ‚Gesundheitssystems‘ überzustülpen.

Führen wir uns vor Augen, welche Bedingungen für das wirtschaftliche Handeln im Gesundheitssystem bestehen:

1. *die durch den Leistungserbringer bestimmte Nachfrage (angebotsinduzierte Nachfrage)*. Der kranke Mensch bestimmt weder die Definition der Leistung noch bestimmt er den Inhalt der Leistung. Der Gesundheitsprofi, vornehmlich der Arzt, bestimmt wesentlich die Erkrankung (Diagnose) und bestimmt die daraufhin notwendigen therapeutischen Maßnahmen.
2. *die Mischung aus infrastruktureller und individueller Leistung*. Leistungen bei Krankheit und für Gesundheit haben einen doppelten Charakter, sie sind einmal individuelle Leistungen für den Einzelnen als Patient, Pflegebedürftiger oder bei der Vorsorge. Daraus resultiert eine Orientierung auf die konkrete Leistungserbringung. Gleichzeitig sprechen wir vom Gesundheitssystem und implizieren damit, dass wir es mit einem gesellschaftlichen System, mit der gemeinschaftlichen Aufgabe der Gesundheitsversorgung zu tun haben. Dieses wird deutlich anhand der Bedeutung der Gefahrenabwehr, etwa bei Pandemien oder Großschadensereignissen, aber auch bei der Bedeutung des Gesundheitssystems als Bestandteil der sozialen und wirtschaftlichen Daseinsvorsorge.
3. *der dialogische Charakter der Leistung bei Krankheit*. Hiermit gemeint ist die sogenannte Compliance. In einem häufig benutzten, sehr vereinfachenden Verständnis ist damit die Folgsamkeit des Patienten, also das Befolgen der therapeutischen Anweisungen des Gesundheitsprofis durch den Patienten gemeint. In einem ursprünglichen Sinne bedeutet Compliance aber „Übereinstimmung“. Dieses macht deutlich, dass es darum geht, einen gemeinsamen Weg von Gesundheitsprofi und Hilfe suchenden Menschen geht, also die Einsicht und die Fähigkeit zu Einsicht und Verstehen der therapeutischen Maßnahmen, die grundsätzliche Mitwirkung des Patienten, damit verbunden der Respekt und das

Vertrauen im gegenseitigen Umgang,

4. *die Einschränkung der Handlungs-, Entscheidungs- und Teilhabefähigkeit.* Die Erkrankung selbst schränkt die Handlungs-, aber auch die Entscheidungsfähigkeit und damit die Fähigkeit zur sozialen Teilhabe ein, je schwerer die Erkrankung desto mehr. Die Leistungen bei Krankheit haben daher nicht zuletzt die Aufgabe, diese Fähigkeiten möglichst wiederherzustellen.
5. *die Unbestimmtheit der Nachfrage, die Unbestimmtheit des Behandlungserfolgs sowie darauf gründende die A-Priori-Unbestimmtheit der Leistung.* Wir sprechen von der sogenannten initialen Erstrnachfrage des Patienten, der Patient definiert nur seine Behandlungsbedürftigkeit, die Leistung wird im Verlauf der Diagnostik und auch des Fallverlaufs, also ob die Wirkung der therapeutischen Maßnahmen angemessen ist, bestimmt. Am Beginn der Behandlung und damit ökonomisch bei der Vereinbarung der Leistung stehen damit die Leistung und der Leistungsinhalt nicht abschließend fest. Deutlich wird dieses bei der Konstruktion des DRG-Preissystems in Deutschland, bei dem nicht die Aufnahme-, sondern die Entlassungsdiagnose preisbildend ist.

Für das System der Finanzierung von Leistungen bei Krankheit gelten damit die in den folgenden Abschnitten dargestellten Grundsätze.

Das Finanzierungssystem muss möglichst wenig leistungssteuernd wirken.

Die traditionelle Ökonomie spricht schlicht von Anreizen. Faktisch bedeutet die Steuerung über ökonomische Anreize im Gesundheitssystem, dass wir es immer mit ‚administrierten Preisen‘, also durch Verwaltungshandeln entstandenen Preisen zu tun haben. Dieses Verwaltungshandeln setzt damit Anreize, um ein bestimmtes gewolltes medizinisch-pflegerisches Handeln zu provozieren. Das Preissignal bestimmt das Handeln der Gesundheitsprofessionellen einerseits über die Leistungsdefinition, andererseits über die mit dem Vergütungssystem verbundenen Mechanismen, Zu- oder Abschläge für Mengenentwicklungen, Zu- oder Abschläge für bestimmte Qualitäten (Handlungen, Abläufe, Standards, Behandlungsergebnisse). Je stärker gesteuert wird, je präziser die Leistungsdefinitionen sind, je konkreter positive und negative ökonomische Sanktionen ausfallen, desto richtiger muss für die Praxis die administrative Vorgabe sein.

Faktisch ist dieses nicht möglich. Aus dieser Unmöglichkeit resultieren immer komplexere Vergütungssysteme mit immer mehr Mechanismen der Kontrolle und Gegensteuerung. Selbst oder gerade gutwillige medizinisch-pflegerische Gesundheitsprofis können ohne ihre Leistungsstruktur optimierende Hilfsmittel wirtschaftlich nicht überleben. Am deutlichsten wird dieses an der Bedeutungszunahme des Controllings im Krankenhaus. So entwickelte sich die ursprüngliche medizinische Dokumentation zum Medizincontrolling ‚weiter‘, das heute eine wesentliche Funktion in Hinsicht auf die Leistungs- und Erlössteuerung im Krankenhaus besitzt. Die ökonomischen Ziele und damit das betriebliche Management definieren das

medizinisch-pflegerische Handeln. Das Medizincontrolling übersetzt die ökonomischen Anforderungen aus dem Vergütungssystem in innerbetriebliche Anforderungen an die medizinisch-pflegerischen Leistungserbringer und überwacht deren Zielerreichung. Diejenigen Gesundheitsprofis, die die Leistungen definieren und/oder diese definierten Leistungen konkret als Leistung abbilden, haben wiederum Vorrang vor denjenigen Berufen und Berufsgruppen, die diese so definierte Leistung (nur) unterstützen beziehungsweise dieser assistieren. Das sind in der Regel alle pflegerischen und medizinischen Assistenzberufe, desweiteren am Ende der Hierarchiekette die sogenannten tertiären Dienstleister, wie Reinigungsdienste, Logistikpersonal usw. Diese Hierarchisierung ist ein wesentlicher Kern dessen, was wir mit Ökonomisierung bezeichnen wollen, nämlich die Definition des Medizinisch-Pflegerischen durch wirtschaftliche Vorgaben, de facto also beschreiben wir die Ökonomie mit Medizin und Pflege, anstelle Medizin und Pflege mit Ökonomie zu beschreiben.

Die Forderung, nicht über wirtschaftliche Anreize zu steuern, scheint auf den ersten Blick weltfremd zu sein, leben wir doch in einem wirtschaftlichen Umfeld, in dem die Steuerung durch finanzielle Belohnung und Bestrafung als Mittel der Wahl gilt. Tatsächlich wissen wir, gerade aus betrieblicher Praxis, dass die Motivation für Handlungen eben nicht ausschließlich, häufig noch nicht einmal wesentlich ökonomisch begründet ist. Intrinsische Motivation, berufliche und berufspolitische Motivation, Respekt und Anerkennung begründen Motivation wesentlich stärker als ökonomische Anreize, die auf eine eindimensionale Zieleethik hin orientiert sind. In einem geldgesteuerten System wirkt Geld bekanntlich als Hygienefaktor, es kann Motivation zulassen oder sie abwürgen, aber nicht erzeugen.

Es gibt deutlich mehr Instrumente medizinisch-pflegerischer Leistungssteuerung als das der ökonomischen Anreize. Dazu muss man aber den dem traditionellen ökonomischen Denken zugrunde liegenden Grundsatz des antagonistischen Verhaltens, also des Gegeneinanders im Handeln, aufgeben. Stattdessen gilt es anzuerkennen, dass die Leistung bei Krankheit eine gemeinsame Leistung, sowohl unterschiedlicher Leistungserbringer, als auch von Patienten/Hilfesuchenden und Leistungserbringern/Hilfegebenden ist. Dies verlangt eine Form der Leistungsvergütung, die vertrauensvolle Zusammenarbeit ermöglicht, positive und negative Selektionsprozesse, also etwa lukrative Fälle/Patienten zu suchen und andere zu meiden, ausschließt und den Respekt vor der medizinisch-pflegerischen Leistung zum Ausdruck bringt, indem sie diese begleitet und nicht hervorruft.

Die Unterscheidung zwischen infrastruktureller Aufgabe und personenbezogener Versorgungsleistung.

Es betrifft die Frage, ob wir eine duale Finanzierung, die den Charakter der Objektförderung besitzt, oder eine monistische Finanzierung für richtig halten. In der bisherigen Diskussion werden betriebswirtschaftliche Fragestellungen, die auf die unternehmerische Selbststeuerung verweisen, in den Vordergrund geschoben. Es müsste eigentlich nicht mehr betont werden, dass es Investitionen geben kann, die erstens infrastrukturelle Aufgaben

erfüllen helfen sollen, aber zum zweiten auch dann getätigt werden müssen, wenn eine Auslastung nicht gewährleistet werden kann, weil die medizinischen Fälle in dieser Zahl nicht entstehen, über die dennoch eine Absicherung eines Leistungsbedarf im Raum bzw. der Versorgungsregion dargestellt werden muss. Es ist daher mehr als inhaltlich begründet, die Diskussion um den Sinn und die Vernünftigkeit der dualen Finanzierung neu zu führen.

Der Vorteil der dualen Finanzierung liegt in der sachgerechten Trennung von Kosten für die unterschiedlichen Leistungsinhalte. Ein vermeintlicher Nachteil wird in der getrennten Finanzverantwortung auf Seiten der sogenannten Kostenträger (Krankenkassen und öffentliche Hand) gesehen, weil die Krankenkassen etwas bezahlen müssen, was durch Entscheidung des Landes vorgegeben wurde. Diese Kritik richtet sich allerdings gegen das Krankenhausplanungsrecht und hat mit der Frage von Monistik und Dualistik bzw. mehrgliedriger Finanzierung nur insofern zu tun, als die Objektförderung, wie grundsätzlich jede Finanzierungsentscheidung, planerischen Grundsätzen genügen muss. Prinzipiell ließe sich auch die dualistische Finanzierung (wie etwa in skandinavischen Ländern) als Finanzierung aus einer Hand gestalten.

Mehrgliedrige Finanzierungssysteme sind im Bereich sozialer und öffentlicher Leistungen überhaupt ein häufig eingesetztes Mittel, weil es sich bei den Leistungen fast immer um eine Mischung aus gemeinschaftlichen und individuellen Aufgabenfeldern handelt. Eine einheitliche Finanzierung führt dann zur meist nicht zu rechtfertigenden Überlastung des einzelnen Leistungsempfängers, da auf seine Leistung auch die Kosten aufgeschlagen werden müssen, die als Gemeinschaftsaufgabe aus anderen Quellen zu finanzieren sind. Schließlich verlangt eine Finanzierung von Investitionen aus Fremd- oder Eigenkapital und Finanzierung immer die Finanzierung über eine gewisse Leistungsmenge. Damit steht ein unerwünschter Druck zur Leistungserbringung aus wirtschaftlichen Gründen. Diese gilt erst recht dann, wenn aufgrund hoher Vorleistungen für die Leistungsbereitschaft die Anteile zur Finanzierung dieser Kosten an den Erlösen (Deckungsbeiträge) bei einzelnen Leistungen sehr hoch sind.

Die Berücksichtigung der Leistungsstruktur als besondere Eigenschaft der Leistung selbst.

Im Krankenhausfinanzierungsrecht wird dieses bereits unterschieden, indem wir von Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung sowie Maximalversorgung sprechen. Gemeint ist dabei die Zusammensetzung der Leistungen nach Fachabteilungen, z.B. Neurochirurgie und Herzchirurgie als besondere Fachabteilungen, nach diagnostischen und/oder therapeutischen Schwerpunkten, wie etwa Frühchenintensivversorgung, Schwerverbranntenintensivversorgung oder hochwertige diagnostische Einrichtungen. Die Leistungsstruktur eines Krankenhauses oder eines Gesundheitszentrums stellt eine besondere Eigenschaft der Leistung dar, die sowohl auf die Leistungsqualität als auch auf die betriebswirtschaftlichen Bedingungen eines Krankenhauses oder eines Gesundheitszentrums Auswirkung hat. Aus dieser Besonderheit resultieren Unterschiede in

der Krankenhausinvestitionsförderung, aber auch das vor der Einführung des DRG-Fallpauschalensystem vorherrschende Verständnis in der Krankenhausfinanzierung, dass die Vergütung an den Bedingungen des jeweiligen Krankenhauses zu orientieren ist.

Darüber hinaus geht es auch darum, Leistungen sinnvoll zu kombinieren, die im bisherigen Verständnis nicht zusammen gehören. Damit sind gemeint: A. Leistungen auf der horizontalen Leistungsebene (konsiliarische Leistungen), B. Leistungen auf der vertikalen Leistungsebene (Kombination stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistungen, Frührehabilitation usw.), C. Leistungen angrenzender Leistungssegmente (Kombination präventiver, pflegerischer, rehabilitativer, akutmedizinischer Leistungen) und D. Leistungen im Fall sozial ergänzender Leistung (z.B. Sozialarbeit, Jugendhilfe und ähnliche Leistungen in Kombination mit medizinisch-pflegerischen, therapeutischen Leistungen). Diese Fragestellungen gehören in ein System regionalen Gesundheits- und Sozialmanagements, das unter dem Regime ordnungspolitischer Gestaltung bisher keine Realisation finden kann und wird. Es geht hier um die Verwirklichung regionaler Gesundheitsziele, die auch der besonderen sozialen und gesundheitlichen Situation vor Ort geschuldet sind und dieser gerecht werden müssen.

Die Berücksichtigung der Leistungsqualität.

Neben den üblichen Dimensionen von Qualität (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität), die den Fokus auf die technische Ausführung und Durchführung der Leistungen legen, geht es nicht zuletzt um die systemische Qualität, die nur entlang von regional definierten Zielen bewertbar ist. Zu dieser gehört die soziale Wirksamkeit des Gesundheitssystems, die Preiswürdigkeit des Gesamtsystems, die Wirksamkeit im Zeitverlauf in Hinsicht auf Morbidität, Mortalität und körperlich-geistige Teilhabefähigkeit innerhalb der Altersgruppen und der sozialen Schichtungen.

In einem leistungsorientierten Finanzierungssystem liegt der Schwerpunkt auf der Preiswürdigkeit der jeweiligen einzelnen Leistung. Durch die Konzentration auf die einzelne Leistung wird auch die Leistungsdefinition beschränkt bleiben müssen auf die technische Dimension von Qualität und führt damit auch in eine starke Normierung von medizinisch-pflegerischen Handlungen. In der Konsequenz kann dieses bedeuten, dass sinnvolle Leistungen, die der Biografie des einzelnen Falles sinnvoll entsprechen, unterbleiben, nicht nur weil sie nicht bezahlt werden, sondern weil sie mit der vorgegebenen technischen Qualität nicht übereinstimmen, oder umgekehrt Leistungen nur deshalb erbracht werden, weil sie finanziert werden. Das Verlassen der normativen Vorgaben kann für den einzelnen Leistungserbringer nicht nur zu höheren Ausgaben bzw. geringeren Einnahmen führen, sondern auch zu einer schlechteren ausgewiesenen externen Qualität führen oder sogar haftungsrechtliche Konsequenzen haben, wenn der Erfolg der Behandlung im Einzelfall ausbleibt. Dieses bedeutet unter dem Gesichtspunkt der Einkommenserzielung oder auch der Gewinnmaximierung, dass es besser ist, eine weniger geeignete, aber vorgegebene Leistung korrekt zu erbringen als eine nicht vorgegebene besser geeignete, oder komplexe

Behandlungsfälle möglichst nicht zu behandeln.

Der „Sanktionismus“, also die Methode der Bestrafung und Belohnung, der traditionellen Ökonomie erhöht zwar auf den ersten Blick den Druck, eine bessere Qualität zu erreichen. Allerdings reden wir dabei meist von normativer und statistischer Qualität. Wie solche „qualitätsorientierten“ finanziellen Anreize wirken, zeigen amerikanische Studien zur qualitätsorientierten Vergütung. Zwar wird durch finanzielle Anreize für ein bestimmtes diagnostisches oder therapeutisches Verhalten die Häufigkeit der belohnten Prozeduren je nach Art bei Ärzten zunächst zwischen zehn Prozent und einem Drittel, jedoch trotz finanzieller Anreize meist nicht mehr als 85 % erhöhen[?]. Bezeichnend ist aber, dass, wenn man den finanziellen Anreiz wegnimmt, weniger Ärzte als vorher die Leistungen ohne finanzielle Unterstützung erbringen als vor dem Einsatz der qualitätsorientierten Vergütung.

Wie zuvor dargestellt ist eine Eigenschaft der Leistung bei Krankheit, dass wir es mit einer unspezifischen Leistungsnachfrage zu tun haben, die durch die Eigenschaft der Compliance immer eine Gemeinschaftsaufgabe zwischen krankem Menschen und Gesundheitsprofi ist. Deren Ergebnis ist aber nicht sicher, und häufig stellt sie auch eine Abfolge von diagnostischen und therapeutischen Versuchen und Misserfolgen dar. Der „Misserfolg“ ist ein alltäglicher Begleiter von pflegerischen und medizinisch-therapeutischen Handlungen. Durch die auf Sanktionen setzenden leistungsbezogenen Vergütungssysteme, wie sie der gängigen Sichtweise der traditionellen Ökonomie entsprechen, wird eine Trennung zwischen krankem Menschen und Gesundheitsprofi vollzogen. Der Patient wird zum potenziellen Gegner, zu einem Risiko, nicht nur mehr medizinisch-pflegerisch, sondern, neben der haftungsrechtlichen Fragestellung, ökonomisch und konsequenterweise auch unternehmerisch, wenn die nach außen präsentierte Qualität dadurch eingeschränkt wird. Die Folge sind dann auch Selektionsprozesse nach wirtschaftlichen Kriterien.

Das Verständnis, Wettbewerb um Qualität zu betreiben, scheitert auch am Qualitätsbegriff selbst, weil es bei der Qualität immer um gemeinte, d.h. zweckbestimmte und -geeignete Eigenschaften eines Produktes, einer Leistung, einer Ware geht, die in der dieser Form in der Krankenversorgung über Marktmechanismen weder ermittelt noch verteilt werden können.

Schließlich ist der Wettbewerbsmechanismus in Hinsicht darauf, dass wir es bei der Krankenversorgung immer mit dem Schutz von Menschen zu tun haben, ein fatales Instrument. Dem Grunde nach verlangt nämlich der wirtschaftliche Wettbewerb, dass wir schlechte und gute Qualität, also im Gesundheitssystem schädigende und nicht schädigende Leistungen, zulassen und über den Marktmechanismus die Spreu vom Weizen im Zeitverlauf getrennt wird. Dies bedingt, dass die als qualitativ hochwertig angesehenen Anbieter stärker nachgefragt werden bzw. die als minderwertig angesehenen Anbieter aus dem Markt ausscheiden. Wenn, wie im Gesundheitswesen durchaus üblich, das Angebot quantitativ angemessen ist, also dem potenziellen Bedarf entspricht, führt ein erzwungenes Ausscheiden zu einem Nachfrageüberhang, d.h., die Zahl der Hilfe Bedürftigen übersteigt die Zahl der Hilfe Gebenden. Oder aber die qualitativ unzureichenden Angebote verbleiben am

Markt, um das Angebot quantitativ angemessen zu halten. In beiden Fällen greifen dann verteilungspolitisch und medizinisch-pflegerisch bedenklich Instrumente, etwa Zusatzzahlungen, Privatversicherungen, Zusatzversicherungen oder ähnliches, um individuell auf das hochwertige Angebot rechtzeitig oder zeitnah, bevorzugt zugreifen zu können.

Qualitätsentwicklung sollte daher als stetiger systemischer Prozess verstanden werden, und sie sollte als Beratungs- und diskursiver systemischer Entwicklungsprozess angelegt sein. Dazu bedarf es einer, wettbewerbswidrigen Transparenz, sowohl in Hinsicht auf die Fehler und, wesentlich wichtiger, die Entstehung von Fehlern, als auch in Hinsicht auf strukturelle, prozessuale und systemische Verbesserungen. Auch in dieser Hinsicht taugt der Wettbewerb nicht als Moderator, der das Gegenteil von Transparenz fördert und erfordert, weil sich jeder Einzelne Vorteile sichern möchte, also Verbesserungen wettbewerbsfördernd für sich einsetzt, gleichzeitig Fehler gegenüber Dritten verbergen möchte.

Schluss

Ein angemessenes Vergütungssystem muss zuerst den infrastrukturellen Charakter medizinisch-pflegerischer Leistungserbringung berücksichtigen. Das bedeutet, dass es entweder degressiv in Hinsicht auf die einrichtungsbezogene Leistungsentwicklung gestaltet ist, also ab einem definierten Leistungsvolumen mit einer geringeren leistungsorientierten Vergütung arbeitet, oder aber, den Eigenschaften der Leistung eher angemessen, ein mehrgliedriges Finanzierungssystem ist, das zwischen den zu finanzierenden Kostenarten oder den Eigenschaften von Kosten (Investitionskosten, betriebliche Vorhaltekosten o.ä.) differenziert, die bei der Vorhaltung der Leistungsstruktur und der Leistungsbereitschaft entstehen, und solchen Kosten, die unmittelbar bei der Leistungserstellung entstehen. In einem ersteren Fall haben wir es mit einer monistischen, also einheitlichen Finanzierung zu tun. Alles wird über eine Vergütungsform finanziert. Im zweiten Fall haben wir es mit einer dualen Finanzierung zu tun, die wir im deutschen Krankenhausbereich in der Investitionsförderung seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 kennen. Insbesondere bei Groß-Investitionen mit langen Nutzungszeiten sowie für die bauliche Struktur an sich ist die duale Finanzierung ein sehr angemessenes Finanzierungsinstrument. Die Forderung zur Beibehaltung der dualen Finanzierung in der Krankenhausfinanzierung ist daher nicht vornehmlich politisch (Verantwortung der öffentlichen Hand), sondern vordringlich sachlich-inhaltlich begründet.

Denn das Vergütungssystem soll so gestaltet sein, dass es keine Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen erzwingt oder verhindert. Es soll, in Abgrenzung von dem von Traditionalisten häufig gleich gesetzten Gewinnprinzip, die Einkommensfunktion für die Beschäftigten und die Leistungserbringer wertschätzend erfüllen. Das Vergütungssystem muss in diesem Sinne die Möglichkeit zulassen, einen systemischen Qualitätsentwicklungsprozess zu ermöglichen. Das bedeutet, dass es strukturelle Elemente, wie einen qualifizierten Personalbedarf integriert, aber auch durch Leistungstransparenz

einen Leistungsvergleich zulässt, der gesamtsystemische Qualitätsverbesserungen ermöglicht. Gleichzeitig muss es die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsbereichen und den unterschiedlichen Leistungserbringern positiv ermöglichen.

Literatur:

Abholz, H.-H. (2012); Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin, Vortrag Essen „Standardisiert und Verarmt“; www.impatientia-genarchiv.de/index.php/id-01_abholz.html

David, G (2005).; The Convergence between For-Profit and Nonprofit Hospitals in the United States; www.aeaweb.org/annual_mtg_papers/2006/0106_0800_0204.pdf

Dohmen, A.; Fiedler, M.; Rätz, W.; Schüßler, W.(2013); Gesundheit ist keine Ware. Hamburg

European Commission, Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (2014); Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems; Brussels

Fiedler, M. (2014); Rettet die Krankenhäuser; Castrop-Rauxel, neuegesundheit2020.de

Hollingsworth, J.N.; Zaojun Ye; Strobe, S. A.; Krein, S.L.; Hollenbeck, A. T.(2010); Physician-Ownership Of Ambulatory Surgery Centers Linked to Higher Volume f Of Surgeries; in: Health Affairs 29, no.4 :683-689

Lester, H. etal (2010); The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators; in: BMJ 2010, 340, c1898.

Kamiske,G.; Brauer, J.-P.(1995); Qualitätsmanagement von A-Z; 2. A. München-Wien

Thiemeyer, T.(1981); Art. Gesundheitswesen. I. Gesundheitspolitik, in: Albers, J. etal (Hrsg.); Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, 34./35. Lieferung, Stuttgart/NewYork, S. 576- 591

Dieser Artikel ist eine gekürzte und umgeschriebene Version eines längeren Aufsatzes mit dem gleichen Titel, der bei Interesse auf: <http://neuegesundheit2020.de> zu finden ist.