

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Klaus Ernst, Harald Weinberg, Kathrin Vogler, Diana Golze, Dr. Martina Bunge, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Kathrin Senger-Schäfer, Jörn Wunderlich, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Mögliche ökonomisch motivierte Medizin in Krankenhäusern durch Fehlanreize der Fallpauschalen

Die Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) in Krankenhäusern wurden 2003 bis 2005 eingeführt. Seitdem werden Leistungen der Krankenhäuser nicht mehr nach Liegedauer, sondern pauschal nach Diagnose vergütet. Im Gegensatz zu allen anderen Ländern werden die DRG in Deutschland als reines Preissystem eingesetzt. Eine effektive Mengenbegrenzung gibt es nicht. Da die Entgelte für die erbrachten Leistungen in den letzten Jahren langsamer stiegen als die Kosten, wurde ein Teufelskreis in Gang gesetzt. Krankenhäuser können nur überleben, wenn sie die Fallzahlen steigern. Das bedeutet, entweder müssen mehr Patientinnen und Patienten behandelt oder die Invasivität der Behandlung ausgeweitet werden – z. B. durch mehr Operationen oder andere Eingriffe. Die Finanzsituation der Krankenhäuser wird zusätzlich dadurch bedroht, dass die Länder ihrer Verpflichtung, die notwendigen Investitionen zu tragen, nicht nachkommen und daher Investitionen über DRG-Erlöse finanziert werden müssen.

Kliniken üben durch Bonusverträge Druck auf Ärztinnen und Ärzte aus, damit sie die Zahl lukrativer Operationen steigern. In der „ARD“ wird über Provisionen berichtet, die Kliniken ihren Ärztinnen und Ärzten für Privatliquidationen zahlen (ARD-Krankenhaus-Report: „Wo Medizin Kasse macht“ vom 11. Juli 2013). Rund um die Krankenhäuser ist ein Wildwuchs von Anbietern aus Marketing, Presse, Öffentlichkeitsarbeit entstanden, die ihre Dienstleistungen anbieten, um mehr Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Krankenhäuser spezialisieren sich auf bestimmte Abteilungen, die sich rechnen, z. B. Orthopädie, Kardiologie oder Schmerztherapie. Kliniken, die eine Grund- und Regelversorgung anbieten, sind benachteiligt. Patientinnen und Patienten tragen aus Sicht der Kliniken „unsichtbare Preisschilder“, die „gute“ und „böse“ Diagnosen unterscheiden (ebd.). In diesen Fehlanreizen liegt der Grund dafür, dass Deutschland „OP-Weltmeister“ ist.

Für Patientinnen und Patienten bedeutet das, sie müssen sich überflüssigen oder medizinisch nicht indizierten Eingriffen unterziehen, um den Krankenhäusern ein Überleben zu ermöglichen. Eine „ökonomisch motivierte Medizin“ (ebd.) stellt nicht vorrangig das Wohl der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt, sondern wirtschaftliche Kriterien. Zeitaufwändige pflegerische oder medizinische Behandlungen oder Zuwendungen wirken dabei kostentreibend und werden aus wirtschaftlichen – nicht aus medizinischen – Gründen reduziert.

Darunter leidet die Versorgungsqualität. Im Qualitätsranking des Euro Health Consumer Index 2012 rutschte die Bundesrepublik Deutschland nach einem guten Platz 6 im Jahr 2009 auf Rang 14.

Prof. Volker Penter, Studienleiter des KPMG Gesundheitsbarometers 2013, spricht von „gefährlichen Anreizen“, denn „nur die Menge bringt Kohle“ (ebd.). Prof. Volker Penter fordert ein „Vergütungssystem, das nicht alleine auf Quantität, sondern auf nachhaltige Qualität setzt“ (Süddeutsche Zeitung vom 19. Februar 2013).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der stationären Operationen und invasiver Eingriffe in den Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland seit 2003 entwickelt?
2. Was waren nach Kenntnis der Bundesregierung die zehn häufigsten stationären Operationen (bitte seit 2003 und nach Bundesländern auflisten)?
3. Was sind nach Kenntnis der Bundesregierung die zehn häufigsten Operationen bei privat und bei gesetzlich Versicherten (bitte getrennt auflisten)?
4. Ist bezüglich der zehn häufigsten Operationen nach Kenntnis der Bundesregierung ein unterschiedliches Benehmen je nach Krankenhaustyp (öffentlich, in gemeinnütziger Trägerschaft oder privat) feststellbar?
5. Was sind nach Kenntnis der Bundesregierung die zehn häufigsten Operationen in anderen europäischen Ländern sowie in den USA und in Asien?
6. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Endoprothesen von Knie oder Hüfte seit 2003 entwickelt (bitte nach Bundesländern und im europäischen Vergleich aufschlüsseln)?
7. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Wirbelsäulen-OPs seit 2003 entwickelt (bitte nach Bundesländern und im europäischen Vergleich aufschlüsseln)?
8. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Kaiserschnitte seit 2003 entwickelt (bitte nach Bundesländern und im europäischen Vergleich aufschlüsseln)?
9. Was sind aus Sicht der Bundesregierung die Gründe für diese Entwicklung, und kann die Bundesregierung ausschließen, dass es mit durch die Fallpauschalen gesetzten Anreizen zu tun hat?
10. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Existenzgründungen im Bereich Marketing und Öffentlichkeitsarbeit sowie Consulting mit Schwerpunkt Krankenhäuser entwickelt?

Wie viele Unternehmen gab es 2003, und wie viele gibt es aktuell?

11. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Krankenhausinvestitionen der Länder in den Jahren seit 2003 entwickelt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
12. Hat die Bundesregierung Kenntnis über den aufgelaufenen Investitionsstau in Kliniken und Krankenhäusern, und wie hoch beziffert sie diesen?
13. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Kliniken mit einem Rundumangebot der Grund- und Regelversorgung entwickelt, und wie die Zahl der spezialisierten Kliniken (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

14. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher, privater und freigemeinnütziger Trägerschaft seit 2013 entwickelt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
15. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Konzentration der Krankenhausträger seit 2003 entwickelt, und wie viele Kliniken sind in der Trägerschaft privater Klinikkonzerne wie HELIOS Kliniken GmbH, RÖHN-KLINIKUM Aktiengesellschaft, Asklepios Kliniken GmbH oder Vivantes – Netzwerk für Gesundheit?
16. Teilt die Bundesregierung die Ansicht, dass insbesondere bei Kliniken in privater Trägerschaft ein Prozess des „Rosinenpickens“ stattfindet, bei dem Bereiche, die hohe Erlöse erzielen (z. B. Kardiologie oder orthopädische Chirurgie) ausgebaut und wirtschaftlich weniger lukrative Abteilungen geschlossen werden, oder finden diese Prozesse nach Einschätzung der Bundesregierung in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern gleichermaßen statt?
17. Ist nach Ansicht der Bundesregierung in allen Regionen Deutschlands, insbesondere in ländlichen Regionen, eine umfassende stationäre Versorgung gewährleistet?

Wie schätzt die Bundesregierung die Situation der stationären Versorgung in ländlichen Regionen ein, und welche Handlungsperspektiven ergeben sich daraus?

Berlin, den 23. Juli 2013

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

