



www.vems.ch

Stellungnahme

zur GDK-Beurteilungsmethode der Wirtschaftlichkeit der Spitäler

Stand November 2020



Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth,
Flavian Kurth

Kontaktperson: michel.romanens@hin.ch

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der
Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe

<http://docfind.ch/VEMSStellungnahmeGDKBeurteilungSpitalwirtschaftlichkeit.pdf>

Hintergrund und Fragestellung

Im angespannten Klima in der Frage der Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens sind auch die Spitäler auf dem Prüfstand. Die Frage, der sie sich vermehrt stellen müssen: Sind die Behandlungen, die sie machen, auch wirklich nötig? Wir wollen in diesem Papier einer grundsätzlicheren Frage nachgehen: Lässt sich die Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung in Spitälern überhaupt erfassen und vergleichen, und falls ja, welche Störfaktoren könnten hier verzerrend hineinwirken? Dass der VEMS diese Frage stellt, hat seinen Grund: In unserem Positionspapier [«Beurteilungsqualität und Behandlungskultur»](#) vom Juni 2019 haben wir hergeleitet und mit Modellrechnungen belegt, dass das Verfahren, mit welchem die Versicherer die Wirtschaftlichkeit der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte beurteilen, systematische Überarztung zum Zwecke der persönlichen Bereicherung nicht nur nicht erkennt, sondern sogar anreizt. Denn eine Fehleinschätzung setzt immer auch Fehlanreize. Geht man nun mit derselben gesundheitsökonomischen Haltung an die Beurteilung der Spitäler, so könnte sich ein solcher kostentreibender Effekt skalieren. Wir wollen deshalb im Folgenden untersuchen, welche Gefahren der Fehleinschätzung bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Schweizer Spitäler lauern und wie ihnen vielleicht zu begegnen wäre. Hierzu werfen wir auch einen Blick nach Deutschland, wo sich die Probleme, die sich bei uns heute bezüglich DRGs abzeichnen, bereits akzentuiert und in Zahlen niedergeschlagen haben. Unser Vorstandsmitglied Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth ist als Versicherungsmathematiker und Mitglied der Gesundheitsforen Leipzig bestens bekannt mit der Situation in Deutschland und hat die diesbezüglichen Erkenntnisse beigesteuert. Die Schweiz sollte nicht einmal mehr den Fehler machen, problematische Beurteilungs- und Steuerungsinstrumente aus Deutschland zu übernehmen, und dies zu einem Zeitpunkt, da dort bereits erkannt ist, dass sie kontraproduktive Effekte haben können. Wir hoffen, mit dieser Stellungnahme einen Beitrag dazu zu leisten. Sie richtet sich in erster Linie an die Entscheidungsträger in der Politik und bei den Behörden, in zweiter an die Medizin selbst und in dritter an die Medien und die interessierte Öffentlichkeit. Unsere [Quelle für die Methode](#) der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK ist die Website des Bundesamtes für Gesundheit BAG.

Vorgehen der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

Die Prüfung der GDK ist keine Bedarfsforschung, sondern eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Hierbei sind folgende Grundlagen gegeben, gegen welche berechtigte Einwände anzubringen sind:

1. Die Datenbasis für Betriebsvergleiche basiert auf den Meldungen der Spitalkostendaten, die als qualitativ ausreichende Datenbasis erachtet werden. Es ist allerdings fraglich, ob diese Datenbasis tatsächlich ausreichend ist.
2. Die Benchmark relevanten Betriebskosten basieren auf dem vom Spitalverband Hplus entwickelten Tarifmodell ITAR-K mit den Vorgaben für die Kostenherleitung. Dabei wird das Total der Kosten zertifiziert nach REKOLE (betriebliches Rechnungswesen im Spital) verwendet, und es werden nicht DRG abgebildete Kosten ausgeschieden (Forschung, universitäre Lehre). Ein normativer Abzug ist indes nicht sachgerecht, ausser allenfalls für Hotellerie und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten.
3. Die Vergleichsmengenbildung wird wie folgt gebildet: Spitalleistungskosten in Relation zur Fallschwere ergeben die Fallkosten. Endversorgerspitäler wären am Ende der Versorgungskette aber separat zu beurteilen, und Unterschiede im Versorgungsauftrag sollten keine eigene Benchmarking-Kategorie bilden, sondern durch Tarifkorrekturen nach dem Benchmarking eruiert werden.
4. Die Möglichkeiten zur Bestimmung des Benchmarks ergeben sich aus dem tiefsten Preis, dem Preis mit vermutetem bestem Preis-Leistungsverhältnis, dem als bedarfsgerecht erachteter Preis – dem Preis angepasst an die Nachfrage. Wie der Benchmark gewählt werden soll, kann allerdings nicht abschliessend beurteilt werden (ungewichtet, fallgewichtet, Casemix gewichtet). Es sollen so wettbewerbliche Elemente des Systems befördert werden.

Vorgehen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Das BAG publiziert die Empfehlungen der GDK ohne weitere Plausibilisierung. Die Benchmarks sind Schweregrad bereinigte Fallkosten, also wahrscheinlich Kombinationen aus jeweiliger Fall- und Casemix-Gewichtung. Die Plausibilisierung der Kosten obliegt wiederum den Kantonen. Hier liegt die Quelle für Verzerrungen (Bias), die im Ergebnis kostentreibend sein können. Eine Übersicht:

Problem	Folge	Fehlanreiz
Falsche Diagnose	Unnötiger Eingriff	Anreiz zur Überarztung ¹
Unwahre Kosten	Unterfinanzierung	Verzerrung durch Upcoding ²
Upcoding	Mehrfinanzierung	Falsche Diagnose unerkannt ³
Hospitalisierung	Mehrfinanzierung	Patientensicherheit gefährdet ⁴
Pflegeverdichtung	Erhöhte Spitalmorbidity	Upcoding (siehe oben) ²
Denial of resuscitation	Überfinanzierung pro Diagnose	Beförderung der Palliation ⁵
Bevorzugte Eingriffe	Cherry Picking	Patientensicherheit gefährdet ¹
Seltene Fälle	Unterfinanzierung	Patientensicherheit gefährdet
Unpräzise Kostenerfassung	Unter- bzw. Überfinanzierung	Falsch-Codierung
Tendenz ambulant behandeln	Blutige Entlassung	Patientensicherheit gefährdet
Qualitätsindikatoren	Diagnose folgt Indikator	Patientensicherheit gefährdet
Sensitivitätsanalysen	[Wahre Kosten]:[DRG-Ertrag]	Ungenügende Forschung
Relativ-Gewichte Senkung	Unterfinanzierung	Mengenausweitung
Patienten-Klassifikation	Arbiträr	DRG nicht gleich Krankheit
Klassifikationen pro Diagnose	Arbiträr	Divergierende Preisspannen
Ressourcenverbrauch	DRG bilden ungenügend ab	Upcoding/mehr Menge ³
R ² Patientenvariablen (PV)	Unterfinanzierung	R ² PV>DRG kostenerklärend ⁶
Neue Krankheitsdefinition	Sepsis erzeugt andere Kosten	Anpassungsdruck Codierung

Anmerkungen:

¹ insbesondere «early treatment dysfunction», also Behandlung / OP, wenn eine abwartende Haltung durchaus möglich gewesen wäre.

² insbesondere Unterfinanzierung von Pflegekosten / Personalkosten mit der Gefahr erhöhter Morbidity und Mortalität während der Hospitalisation (Schubert, 2010; Schubert, Clarke, Aiken, & de Geest, 2012; Schubert, Clarke, Glass, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2009; Schubert et al., 2008)

³ insbesondere Aggravierung des Schweregrades einer Diagnose oder Addierung einer harmlosen aber kostenrelevanten Diagnose.

⁴ insbesondere «early treatment dysfunction» mit unnötiger Hospitalisierung oder zu früher Hospitalisierung oder Hospitalisierung vor ambulanter Versorgung

⁵ «Denial of resuscitation», also Verweigerung einer Wiederbelebungsmaßnahme, ist insbesondere bei der Erstellung von Spitalvergleichen betreffend Mortalitätsraten ein relevanter Verzerrer der Statistiken (Pollock et al., 2020); weniger untersucht ist die übertriebene Darstellung der Überlebenseaussichten im Sinne eines schlechten Outcomes, um im Rahmen von DRG Kosten zu vermeiden.

⁶ Die Korrelation (R²) in der Regression zur Berechnung der Kosten zeigt, dass die klinischen Patientenvariablen die notwendigen Behandlungs-Kosten besser vorhersagen als die DRG.

Obige Übersicht zeigt ein grundsätzliches Problem auf: DRGs führen dazu, dass die effektive Krankheitsdiagnose verzerrt wird, weil in sie ökonomische Überlegungen hineinfließen, welche die Spitäler anstellen müssen, um wirtschaftlich zu überleben. Um dem DRG-impliziten Kostensenkungsauftrag gerecht zu werden, müssen DRGs den Ressourcenverbrauch ja systematisch unterschätzen. Und um die den Spitätern solcherart verursachte Unterfinanzierung auszugleichen, müssen diese ebenso systematisch so codieren, dass sie in attraktive DRGs «hineindiagnostizieren», folglich unter Umständen fehlbehandeln. Im besten Fall entstehen so lediglich unnötige Kosten, im schlimmsten wird überdies die Patientensicherheit gefährdet. Kosten sparen, soviel steht fest, lassen sich so kaum.

Dass DRGs im Gegenteil kostentreibende Effekte haben können, war bei deren Einführung in der Schweiz aus Deutschland bekannt und auch allen bewusst. Wenn sie dennoch bei uns eingeführt wurden, dann kann dies nicht anders erklärt werden als so: Die Lobby der Versicherer hat sich durchgesetzt, denn diese profitieren von den DRGs ja dahingehend, dass sie damit einen erheblichen Teil ihres Verwaltungsaufwands auf die Medizin abwälzen können. Wenn sie dieser den damit verursachten Overhead nun so auslegen, dass sie ihn als Overuse auslegen, dann ist dies ein gefährliches Machtspiel. Leidtragende sind die Patientinnen und Patienten. Mögliche Anreize zur Kostenoptimierung können die Patientensicherheit gefährden, insbesondere unnötige Eingriffe (Mengenausweitung, «early treatment dysfunction»), Cherry Picking, «blutige» Entlassungen, Palliatisierung. Durch Erzeugung eines geschickten Casemix können Spitäler eine Beurteilung erzeugen, die aussieht wie kostengünstige Versorgung. Aus theoretischer Sicht ist dies in der Regel nur unter Inkaufnahme einer Gefährdung der Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Spitäler passen sich dem Kostendruck mit verschiedenen Strategien an, welche vielzählige Bias-Möglichkeiten eröffnen. So kann etwa eine Manipulation des Geburtsgewichts massive Vergütungsänderungen bewirken (z.B. 8 verschiedene Geburtsgewichtsschwellen mit 42 DRG und 6 Schweregrade). Zudem sind die Codierungs-Formulierungen nicht exakt quantitativ, sondern häufig semi-quantitativ oder rein qualitativ. Diese Unschärfe und Redundanz ist eine Einladung zur Manipulation der Diagnosen und deren Schweregrade. Es existiert wenig Forschung, inwieweit diese Manipulationen kostenwirksam sind und wie sie den Benchmark «Kostengünstiges Spital» tatsächlich beeinflussen.

Eine Gesundheitsökonomie, die klinisch blind ist

Richtig oder falsch spielt für GesundheitsökonomInnen bei der Diagnose im Krankenhaus-Umfeld keine Rolle. Denn an Diagnosen hängen keine Kosten. Die Diagnostik, die Behandlung, die Betreuung etc. von Patientinnen und Patienten verursacht aber Kosten. Diagnosen selbst sollten deshalb sinnvollerweise keinen Kosten zuordenbar sein. Entsprechend bestand das ursprüngliche DRG-Konzept in der Vergleichbarkeit von Spitalaktivitäten; erst später wurde das DRG-Instrument zur Rationierung von Kliniken benutzt (“Final Report Summary - EURODRG (EuroDRG Diagnosis-Related Groups in Europe: Towards Efficiency and Quality) | Report Summary | EURODRG | FP7 | CORDIS | European Commission” n.d.).

Für die Abrechnung von Leistungen von Krankenhäusern mit Krankenversicherungen oder Krankenkassen wird ein DRG-System (Diagnostic Related Groups) benutzt, das Fallgruppen für durch Diagnostik ermittelte Krankheiten, von ähnlich zu behandelnden und nach Art der Morbidität (und Komorbiditäten) und Konstitution ähnliche Kosten verursachenden Patienten bildet. Dies, ohne dass bisher eine echte Validierung der DRG-assozierten Vergütungen mit der tatsächlich notwendigen Versorgungskosten erfolgt ist. Der generelle gruppierte Schweregrad der Erkrankung ist ein integraler Bestandteil jedes DRG-Systems (es handelt sich um die letzte Stelle [Buchstabe] der vierstelligen DRG, der Schweregrad fällt mit dem Aufsteigen im Alphabet, Z steht für eine Schweregradunabhängigkeit). Bei Patienten individuell vorliegende mit der diagnostizierten Krankheit unüblich verbundene andere Erkrankungen oder sich aus der Behandlung ergebende Komplikationen führen zu einer weiteren Spreizung von Behandlungsnotwendigkeiten und damit auch des kostenverursachenden Aufwandes.

Für die Abrechnung eines Patientenfalles vermittelt einer DRG erhält das Krankenhaus von der Krankenversicherung oder Krankenkasse, bei welcher der Patient versichert ist, eine Pauschale, wenn die Liegezeit im Krankenhaus eine normale Liegedauer aufweist. Bei Unterschreitungen der unteren Schranke der normalen Liegedauer gibt es pro Tag einen Abschlag von der Pauschale, je Tag oberhalb der oberen Schranke gibt es einen Zuschlag zur Pauschale. Mit der Abrechnung nach einer DRG ist die Angabe einer Hauptdiagnose verbunden. Es können mehrere Nebendiagnosen angegeben werden. Die Fallpauschalen, die Zu- und Abschläge je DRG, werden statistisch aus den Meldungen von Kalkulationshäusern des Vorjahres ermittelt: hier fließen Personalkosten, Kosten für die Diagnostik, für Prozeduren (inkl. für Arzneimittel, für Heil- und Hilfsmittel) ein. Hierzu ein Beispiel aus Deutschland:

Die Diagnose I20.0 (Instabile Angina pectoris) kommt als Hauptdiagnose in 12,27 % der Abrechnungen nach F06F [Bewertungsrelation 3,969], 30,78 % bei F06E [Bewertungsrelation 4,827], 0,49 % bei F06D [Bewertungsrelation 5,297], 12,79 % bei F06C [Bewertungsrelation 5,482], 7,23 % bei F06B [Bewertungsrelation 7,751] und 7,50 % bei F06A [Bewertungsrelation 9,926], aber auch mit 96,14 % bei F72B, 94,86 % bei F72A, 33,08 % bei F58B, 32,59 % bei F58A, 30,75 % bei F56A, 30,35 % bei F56B, 22,82 % bei F49E, 13,83 % bei F49D, bei weiteren 52 F-DRGs, 3 S-DRGs, 4 A-DRGs und einer Prä-DRG vor. Die Diagnose I20.0 ist aber auch ein Kandidat für eine Nebendiagnose bei F-DRGs (F06D, F67B, F72B und F52B).

Man versteht diese Widersprüche besser, wenn man ihnen zugrundeliegende Denkirrtümer kennt. So ist etwa zu bedenken, dass das deutsche G-DRG-System sich auf das australische System beruft, ebenso auf US-amerikanische (Früh-)Systeme. Fakt ist aber, dass in keinem älteren System (und auch in diesen Ländern nach wie vor) *nur* nach DRG abgerechnet wurde. Vielmehr gab und gibt es dort immer auch noch die Abrechnung nach Aufwänden, manchmal auch nach DRG-Fallpauschalen. Bestimmte Behandlungen sind dort aber grundsätzlich ausgenommen, z. B. pädiatrische, intensivmedizinische, nach spezialisierten Programmen, von spezialisierten Servicediensten (z. B. Dialyse), von Lehr- und Studienhospitalen (z. B. Universitätskliniken). Die Schwankungen um Mittelwerte wären auch bei ganz feiner Systematisierung nicht klein (Alter, Geschlecht, Nebenerkrankungen, Komplexerkrankungen, Krankheitsschwere etc.), der Einbezug (also nicht Ausnahme) von z. B. pädiatrischen, intensivmedizinischen etc. Behandlungsnotwendigkeiten (und damit vermutlich auch Behandlungskosten) lässt das System platzen.

Problemanalyse, die Situation in Deutschland und die Beurteilung der Probleme in der Schweiz

Problem eins: Es gibt keine schweregradbereinigten Fallkosten.

Wenn wir z. B. nur auf die F06*-DRGs schauen, dann wird klar, dass zu einer Schweregradbereinigung allein hier kein Weg führt (bei allen DRGs mit der Hauptdiagnose I20.0 schon gar nicht): Die mittleren Fallkosten (Standardabweichung) bei F06A betragen 26.314,28 € (8.210,96 €), bei F06B 20.548,47 € (5.760,26 €), bei F06C 14.534,60 € (3.372,45 €), bei F06D 14.043,58 € (3.491,78 €), bei F06E 12.796,49 € (2.748,87 €) und bei F06F 10.521,32 € (2.400,49 €)

Problem Case-Mix:

Der Case-Mix wird für Fachabteilungen, Kliniken etc. ausgerechnet: Es handelt sich letztendlich um die jeweilige Summe der Bewertungsrelationen, die je Fachabteilung, Klinik etc. abgerechnet werden. Die Bewertungsrelationen werden mit dem Basisfallwert (im obigen Beispiel waren es 2.651 € – dieser ist immer für ein Kalenderjahr fixiert) multipliziert. Für jede Fachabteilung sind entsprechende technische usw. Ausstattungen notwendig, auch entsprechendes Personal muss «vorgehalten» werden. Die Länder legen fest, welche Fachabteilungen in welchem Umfang betrieben werden «dürfen» (das gilt nicht für Privatkliniken, die in der Regel aber auch nach DRG abrechnen). Die Krankenkassen kürzen die Abrechnungen, wenn z. B. für bestimmte Fälle eine 24h-Beatmung notwendig ist und die Vorgabe einer 1:1 Betreuung durch Personalpläne von der Klinik nicht belegt werden kann. (In Deutschland ist das eine besonders gute Methode der Krankenkassen: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond erhalten die Krankenkassen gemäß der Abrechnung der Fälle durch die Klinik, mit der Kürzung ergibt sich ein Zusatzverdienst der Krankenkasse.)

«Sparen» können Kliniken, wenn sie ihren Ressourcen-Verbrauch senken – wenn z. B. die Liegezeiten bei Normalliegern gesenkt werden (das bedeutet dann vermutlich für alle Kliniken in 2 Jahren, dass die Bewertungsrelationen für diese Fälle gesenkt werden). «Sparen» können Kliniken auch, wenn sie mit den Pharmaherstellern günstige Verträge aushandeln (wenn das die Kalkulationskliniken tun, dann ist das in 2 Jahren schlecht für alle Kliniken).

Einordnung der Studienresultate

Das Resultat des Vergleichs der Wirtschaftlichkeit der Spitäler in der Schweiz zeigt, dass die Schweregrad-bereinigten Fallkosten vom Mittelwert pro Patienten erheblich abweichen. Die «besten» Spitäler liegen 2 377 Franken unter dem Durchschnitt von 10 256 Franken (-23%), die «schlechtesten» Spitäler liegen 5 250 über dem Durchschnitt (+51%). Bei den «guten» Spitälern (-1 000 Fr) finden sich häufig Privatkliniken. Bei den «schlechten» Spitälern (+1 000 Fr) finden sich häufig Hospize, Schmerzkliniken, Universitätsspitäler und Geburtshuser.

Der Benchmark legt dar, wie gut eine Institution sich an die Vorgaben der bewilligten Kosten anpassen kann. Eine gute Anpassungsleistung führt zu relativ niedrigen Betriebskosten pro reinigtem DRG und umgekehrt. Der Benchmark sollte helfen, die Wirtschaftlichkeit der Spitäler einzuordnen. Tatsächlich aber misst der Benchmark nicht die Wirtschaftlichkeit, sondern die Anpassungsfähigkeit an den Benchmark. Aufgrund der Bias-Analyse sind also die Daten dahingehend zu interpretieren, dass die niedrigen Betriebskosten auf Kosten der Patientensicherheit erfolgen. Der Benchmark sagt somit nichts aus über die Qualität der Versorgung und lässt eher eine Reduktion der Behandlungsqualität vermuten. Aufgrund der zahlreichen Bias-Möglichkeiten ist die vorgelegte Analyse kein Gold-Standard für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, im Gegenteil. Sie zeigt nur, welche Institutionen sich besonders gut mit den Tarifen arrangieren können.

Der Erkenntnisgewinn dieser billigen und bezüglich Erkenntnisgewinn irrelevanten Studie entspricht somit einem Leerlauf. Mit Leerlauf-Studien bezeichnen wir Studien, welche von der Anlage her dazu führen, dass kein Erkenntnisgewinn möglich ist. Dies kann verglichen werden mit der Situation, wo ein Kraftfahrzeug im Leerlauf betrieben wird. Der Gang ist nicht eingelegt («marcia in folle» = Ganghebel in Leerlaufstellung, engl. «neutral position»). Durch Leerlauf und Gas geben erzeugt die Studie keine Fahrzeugbewegung (keinen Erkenntnisgewinn), jedoch treten Kollateralschäden auf (Benzinkosten, Umweltverschmutzung). Leerlauf-Studien erzeugen ohne Erkenntnisgewinn Kosten und verwirren das Gesundheitswesen und die Gesellschaft insgesamt. Die vom BAG vorgelegte Studie ist eine solche Leerlauf-Studie in der Tradition der Wirtschaftlichkeitsverfahren in der ambulanten Medizin von santésuisse, weil sie nicht in der Lage ist, einen validierten Gold-Standard zu erzeugen oder die Resultate mit ihm zu vergleichen.

Es legt sich der Verdacht nahe: Der Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler bestand von Anfang an darin, das Spitalsterben mit einer mathematischen Maschinerie – losgelöst von Versorgungsnotwendigkeit und notwendigen Versorgungskosten – zu befördern. Die systematische Erzeugung von wissenschaftlich nicht validierten Benchmarks mit dem Zweck, die Spitalandschaft zu dezimieren, erinnert stark an die irrationalen Vorgehensweisen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie entspricht nicht wissenschaftlichen Standards, da kein (von DRG unabhängiger) Gold-Standard für adäquate Versorgungskosten im Rahmen einer – noch zu entwickelnden – Bedarfsforschung (Romanens et al. 1983) definiert wurde. Die Unvorhersehbarkeit der zu versorgenden Krankheitskosten lässt sich in kein DRG-Schema einpassen. Das Gesundheitswesen erfüllt einen öffentlichen Auftrag, die Medizin hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag. Die Finanzierung dieser Kosten ist durch geeignet definierte Audits zu überprüfen, um Fehlindikationen und Unter- sowie Überfinanzierungen zu vermeiden. Nur so ist gesichert, dass das Leistungsspektrum in der durch die Medizin selbst definierten Qualität erbracht wird.

Qualitätsindikatoren und Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch DRG-Verfahren erfüllen diese Aufgaben nicht. Die angeblich notwendige Förderung des Wettbewerbs mag bei der Erzeugung von Industrieprodukten greifen. Für die Behandlung von Menschen resultiert daraus aber eine Ökonomie getriebene Medizin mit Abnahme der Versorgungsqualität, der Patientensicherheit und der ethischen Grundhaltung der Leistungserbringer (siehe Boni-Zahlungen). Das Problem der Kosten-Krankheit (Baumol et al. 2013) in der Spitalpflege lässt sich gerade nicht mit Wettbewerb entschärfen. Spitalwettbewerb impliziert noch mehr statt weniger Kosten im Gesundheitswesen.

Die reine (relative) Wirtschaftlichkeitsprüfung bildet nicht die Wirtschaftlichkeit ab, sondern die erfolgreiche Anpassung an den Benchmark, mehr oder weniger willkürlich DRG-definiert durch durchschnittlichen Fallkosten. Auch die Entkoppelung der Wirtschaftlichkeit von der Bedarfsforschung ist nicht der richtige Weg. Gesundheitsbehörden haben sicherzustellen, dass der Versorgungsauftrag der Spitäler gewährleistet werden kann. Spitalfinanzierung und Versorgungsforschung sowie Bedarfsforschung müssen im Rahmen eines nationalen Forschungsprojekts neu definiert werden.

Literatur-Recherche

- Pollock, B. D., Herrin, J., Neville, M. R., Dowdy, S. C., Moreno Franco, P., Shah, N. D., & Ting, H. H. (2020). Association of Do-Not-Resuscitate Patient Case Mix With Publicly Reported Risk-Standardized Hospital Mortality and Readmission Rates. *JAMA Network Open*, 3(7), e2010383. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10383>
- Schubert, M. (2010). Rationing of nursing care associations with patient safety and quality of hospital care. *Pflege*, 23(1), 57–58. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000017>
- Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & de Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 24(3), 230–238. Retrieved from <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/mzs009v1>
- Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 884–893. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008>
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 20(4), 227–237. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>
- Manipulation Geburtsgewicht
https://www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheit/wichert_analyse_der_n_eugeborenenversorgung_mit_der_drg-statistik.pdf
- Tatsächliche Versorgungskosten und DRG Vergütung korrelieren ungenügend
https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Berlin_2013.06.03.ag_Spreestadtforum_DRG.pdf
- Kosten steigen nach DRG Einführung: Beispiel laparoskopische OP
<https://www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss1384.pdf>
- Wahre Kosten werden ungenügend abgebildet, weil das DRG System nicht mit adäquaten Daten gefüttert werden kann
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/dkg_305_gutachten%20G-DRG-System.pdf
- Eine Milliarde Franken sparen mit ambulant versus stationär. PWC Studie
https://www.pwc.ch/de/publications/2016/ambulant_vor_stationaer_de_16_web_final.pdf
- Dissonanzen in der Pflege durch Verdichtung der Spitalpflege
<https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/07/PG-1-2010.pdf>
- Mengen, Kosten und Fixkostenanteile in der Regressionsanalyse
http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/rwi-pb_aktualisierung_fixkostenanteil_stationaere_versorgung.pdf
- Einführung des DRG Systems in Deutschland würde gegenüber Fallpauschalen die Vergütungen um rund 50% senken.
<https://www.freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:1109/datastreams/FILE1/content>
- Änderung med. Diagnostik (Sepsis als Beispiel)
<https://saez.ch/article/doi/saez.2018.17274>