

Krankenhaus-Report 2014

„Patientensicherheit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 13-23



2	Patientengefährdung durch Fehlanreize – die Folge des Vergütungssystems?.....	13
	<i>Dominik Thomas, Antonius Reifferscheid, Anke Walendzik, Jürgen Wasem und Natalie Pomorin</i>	
2.1	Einführung.....	13
2.2	Vergütungssystematiken und ihre Fehlanreize.....	14
2.2.1	Intersektorale Leistungsverlagerung	15
2.2.2	Intrasektorale Leistungsverlagerung	16
2.2.3	Mengendynamik/-ausweitung.....	17
2.2.4	Zuweiserprämien	18
2.2.5	Chefarztverträge/Bonusregelungen.....	18
2.2.6	Rationierung	19
2.3	Gesundheitspolitische Regulierungsmechanismen.....	20
2.4	Schlussfolgerungen und Ausblick	21
	Literatur.....	22

Patientengefährdung durch Fehlanreize – die Folge des Vergütungssystems?

Dominik Thomas, Antonius Reifferscheid, Anke Walendzik, Jürgen Wasem und Natalie Pomorin

Abstract

Bei einem Krankenhausaufenthalt begeben sich Patienten in ein in hohem Maße durch ökonomische Rahmenbedingungen und Anreize geprägtes System. Der Beitrag untersucht in ordnungsökonomischer Hinsicht die Anreizwirkungen der relevanten Vergütungsmechanismen und prüft deren empirische Bedeutung vor dem Hintergrund möglicher Risiken für die Patienten. Ebenso werden die gesundheitspolitischen Regulierungsmechanismen zur Einschränkung unerwünschter Anreizwirkungen dargestellt und Potenziale für weitere, sowohl kollektiv- als auch selektivvertraglich orientierte Modifikationen identifiziert.

With a hospitalization, patients access a health care system which is strongly characterised by economic conditions and incentives. This article investigates the underlying remuneration mechanisms and evaluates their empirical consequences concerning potential risks for patients. Additionally, it analyses health policy regulations to avoid undesirable effects of the payment system and assesses potential modifications regarding both collective and selective agreements.

2.1 Einführung

In der jüngeren Vergangenheit entwickelt sich in der medizinischen und pflegerischen Leistungserstellung ein zunehmendes Spannungsfeld zwischen Patientenwohl und Wirtschaftlichkeit. Krankenhausleistungen werden nicht nur unter medizinischen Gesichtspunkten erbracht, sondern auch verstärkt aufgrund ökonomischer Kalküle, die vor dem Hintergrund fallpauschalierter Erlöse und vorab vereinbarter Leistungsmengen Anreize zu einem möglichst sparsamen Ressourcenverbrauch je Fall folgen. Diese ökonomischen Einflüsse begleiten den gesamten Versorgungsprozess von der Einweisung bzw. der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung.

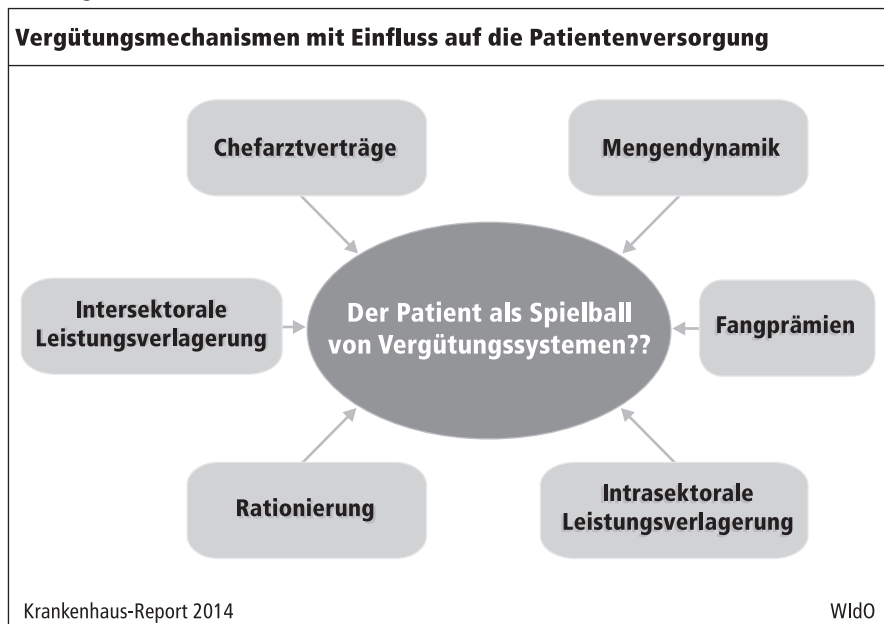
Gefahren für die Patientenversorgung können dabei einerseits durch missbräuchliche oder sogar kriminelle Allokationsentscheidungen entstehen. Andererseits eröffnen sich den Leistungserbringern bei der medizinischen Versorgung auch gewisse gesetzeskonforme Entscheidungsspielräume im Umgang mit den knappen Ressourcen, beispielsweise bei der Indikationsstellung oder der Therapiewahl. Die

zweite Variante stellt keine strafbare Handlung dar, kann aber zu einem gewissen Grad einer ausschließlich patientenorientierten Versorgung widersprechen. Letztlich stellt sich die Frage, ob eine zu einseitig auf die Hebung von Effizienzreserven gerichtete ökonomische Steuerung der medizinischen Leistungserbringung auch dazu führen kann, dass die Patientensicherheit gefährdet ist. Wie sich in der Versorgungsrealität die Leistungen den Vergütungsmodalitäten anpassen, wird in diesem Beitrag beleuchtet.

2.2 Vergütungssystematiken und ihre Fehlanreize

Das im Krankenhaus heute maßgebliche Vergütungssystem basiert auf diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs). Ziel der Einführung des DRG-Systems im Jahre 2003 war es, die Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich zu begrenzen, die Bezahlung der Leistungen zu vereinheitlichen, die Verweildauer der Patienten weiter zu reduzieren und die Leistungstransparenz zu erhöhen. Dabei macht sich der Gesetzgeber verschiedene dem DRG-System inhärente Anreizwirkungen zunutze, die das Leistungsgeschehen entsprechend steuern sollen. Die Anreizmechanismen des DRG-Systems können sich – wie bei anderen Vergütungsformen auch – aber auch so auf das medizinische Leistungsgeschehen auswirken, dass sie zu einer nicht ausschließlich am Patienten orientierten Versorgung führen und somit gewisse Risiken für das Patientenwohl bergen. Konkret ruft die pauschalierte Vergütung im DRG-System Anreize hervor, die Zahl der Behandlungsfälle zu steigern und gleichzeitig die eingesetzten Ressourcen je Fall zu redu-

Abbildung 2–1



zieren (Augurzky et al. 2012a). Dies kann zu ökonomisch induzierten (intra- und intersektoralen) Leistungsverlagerungen führen.

Neben dem DRG-System wirken noch weitere Vergütungsmechanismen, die den Leistungserbringer maßgeblich in seinen versorgungsbezogenen Entscheidungen beeinflussen können (siehe Abbildung 2–1). Welche dies sind, wie sie wirken und welche empirische Relevanz sie aufweisen, wird in den nachfolgenden Ausführungen erörtert.

2.2.1 Intersektorale Leistungsverlagerung

Allgemein ist im Gesundheitswesen eine vom Gesetzgeber gewünschte zunehmende „Ambulantisierung“ der Leistungserbringung zu beobachten, da die ambulante Behandlung in der Regel eine deutlich günstigere Kostenstruktur aufweist und Patienten eine Behandlung ohne stationären Aufenthalt zumeist begrüßen. In diesem Zusammenhang wurden den Krankenhäusern diverse Möglichkeiten zur verstärkten ambulanten Leistungserbringung eingeräumt. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V Abs. 1a), ambulante Operationen, Hochschulambulanzen, psychiatrische und geriatrische Institutsambulanzen sowie die in Einführung begriffene ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116–118a SGB V).

Die Schnittstelle von akutstationärer und ambulanter Versorgung birgt allgemein ein Risikopotenzial für den Patienten. Versorgungsbrüche, einhergehend mit erhöhtem Risiko von Komplikationen oder fehlerhafter Arzneimitteltherapie sind einige der denkbar auftretenden Risiken. Ein professionelles Schnittstellenmanagement ist für Leistungserbringer und Patienten gleichermaßen zwar wünschenswert, aufgrund fehlender monetärer Anreize wird dies aber meist unzureichend realisiert. Exemplarisch dafür steht, dass bis zur Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes im Jahre 2012 zwar knapp 80% der deutschen Krankenhäuser über eine Form des Entlass- oder Überleitungsmanagements verfügten, aber lediglich ca. 45% den Vorgaben des Nationalen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ folgten (SVR 2012).

Die pauschalierte Vergütung im DRG-System verschärft die ambulant-stationäre Schnittstellenproblematik, da eine Ressourcenminimierung je Fall angestrebt und somit gleichzeitig das Ziel einer möglichst geringen Verweildauer verfolgt wird. Spielräume ergeben sich für die Krankenhäuser in diesem Kontext beispielsweise durch Leistungsauslagerungen in den ambulanten Versorgungsbereich oder an nachgelagerte stationäre Versorger wie Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Entsprechende intersektorale Verlagerungseffekte lassen sich empirisch belegen, deren Risikopotenzial für die Patienten jedoch nur erahnen. So weisen beispielsweise die Entlassungen an Rehabilitationseinrichtungen seit 2003 eine jährliche Zuwachsrate von 3,5% auf, wobei diese zwischen 2008 und 2010 nur noch bei 0,7% p. a. lag (Fürstenberg et al. 2013). Hinzu kommen Entlassungen an weitere nachgelagerte stationäre Versorger (Pflegeheim und Hospiz), die in den vergangenen Jahren ebenfalls kontinuierliche Zuwachsraten verzeichnen (Hilgers 2011). Die steigende Zahl von Verlegungen in Rehabilitationseinrichtungen ist zum einen morbiditätsbedingt, da immer mehr ältere und multimorbide Patienten eine Anschluss-

versorgung in diesen Einrichtungen benötigen. Zum anderen ist es eine Folge der Fallzahlsteigerungen im akutstationären Bereich. Darüber hinaus besteht aber der Verdacht, dass die Krankenhäuser aus ökonomischem Kalkül Patienten früher und damit meist zwangsläufig in schlechterem Gesundheitszustand an die nachgelagerten Versorger entlassen. Dieser Verdacht wurde zumindest in Bezug auf die Rehabilitation in der REDIA-Studie empirisch belegt (Eiff et al. 2011). Zu ähnlichen Erkenntnissen kommt auch eine Studie von Kopp et al., die Hinweise auf eine steigende Verlagerung postoperativer Komplikationsversorgung vom akutstationären in den Reha-Bereich nachweisen konnte (Kopp et al. 2012). Eine überdurchschnittliche Leistungsverlagerung in den vertragsärztlichen Bereich lässt sich bislang nicht nachweisen; Schätzungen zufolge beläuft sich der ökonomische Umfang aber auf mehrere hundert Millionen Euro (Stillfried et al. 2011). Ein Risiko für die Patientenversorgung ist dabei bisher nicht bekannt geworden, allerdings lässt sich daraus unmittelbar ableiten, wie wichtig ein ausreichender intersektoraler Abstimmungsprozess ist.

2.2.2 Intrasektorale Leistungsverlagerung

Neben Anreizen zur Leistungsauslagerung an andere Sektoren setzt das DRG-System weitere Anreize zur Zerlegung einzelner Behandlungsverläufe. Je Aufenthalt bzw. je Fall lässt sich nur eine Hauptdiagnose kodieren und entsprechende Erlöse generieren. Somit kann es für die Krankenhäuser vorteilhaft sein, mehrere Erkrankungen in mehrere Aufenthalte zu zerlegen, auch wenn grundsätzlich eine komplexere Behandlung innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes ausreichend sein könnte (Vogd 2009). Dies mag die Patientensicherheit vielleicht selten (durch zeitliche Verschiebung) beeinträchtigen, läuft aber zumindest dem angenommenen Interesse des Patienten entgegen, möglichst zügig behandelt zu werden. Außerdem setzt das Vergütungssystem den Anreiz, Patienten nach einer gewissen Aufenthaltsdauer zu verlegen, da mit Erreichen der mittleren Verweildauer keine Abschlagszahlung mehr erfolgt, wenn die restliche Versorgung bei einer anderen Einrichtung erbracht wird und die Kosten dort anfallen. In diesem Zusammenhang bleibt allerdings festzuhalten, dass seit DRG-Einführung der Anteil der Patienten, die aus anderen Krankenhäusern verlegt wurden, konstant bei ca. 3 % geblieben ist. Patienten werden primär von kleineren Einrichtungen ausgehend verlegt. Von Verlegungen betroffen sind insbesondere Fälle der Prä-MDC (u.a. Beatmungsfälle, Transplantationen) und der Polytrauma-MDC (Fürstenberg et al. 2013). Bei diesen Leistungsbereichen ist eher anzunehmen, dass die hohen medizinischen Anforderungen und weniger die hohen Versorgungskosten ausschlaggebend für die Entscheidung zur Verlegung sind.

Ferner könnte eine intrasektorale Leistungsverlagerung auch über eine Abweisung bzw. Selektion von Patienten erfolgen. Zum einen können innerhalb einzelner DRGs bestimmte Patienten mit erschwerenden Komplikationen selektiert und abgewiesen werden. Dies ist für die Krankenhäuser insofern relevant, als Komplikationen häufig mit finanziellen Unterdeckungen einhergehen. Eine gezielte Selektion und Abweisung von Risikopatienten wurde im deutschen Krankenhaussektor empirisch aber bislang nicht nachgewiesen. Zum anderen ist auch eine generelle Spezialisierung auf schwere bzw. leichte Fallgruppen der jeweiligen Fachgebiete denkbar, um die Deckungsbeiträge zu steigern (Schwenzer und Jähne 2012). Einige Koope-

rationsmodelle zwischen Krankenhäusern basieren auf einer expliziten Selektion von leichteren und schwereren Eingriffen und einer entsprechenden Aufteilung der Fälle zwischen Maximal- und Grundversorger (Welsch et al. 2012). Bei solchen Kooperationsmodellen ist allerdings nicht von einer Gefährdung der Patienten auszugehen, da die Patientenselektion nicht zu einer Abweisung von Patienten führt, sondern diese ggf. dem jeweils adäquaten Leistungserbringer zugewiesen werden. Eher erscheint eine Konzentration komplexerer Fälle auf Maximalversorger angesichts besserer struktureller Voraussetzungen und Lerneffekten qualitätsfördernd zu wirken. Intrasektorale Verlagerungseffekte gehen daher insgesamt weniger mit einer realen Gefahr für die Patientensicherheit einher, belegen aber dennoch die Abhängigkeit der Versorgungsprozesse von ökonomischen Faktoren.

2.2.3 Mengendynamik/-ausweitung

Da das DRG-System einen weitgehend fixen Erlös pro Fall vorsieht, besteht aus einer erlösorientierten Krankenhausperspektive ein immanenter Anreiz zur Fallzahlsteigerung. Dieser Anreiz wird durch die Kostenstruktur der Krankenhäuser, die sich in der Regel durch einen hohen Fixkostenanteil auszeichnet, noch weiter verstärkt. Angesichts dieser Anreizwirkung stand die Fallzahlentwicklung bei DRG-Einführung unter besonderer Beobachtung. Von 2004 bis 2011 stieg die Zahl stationärer Patienten von 16,5 auf 18,3 Mio. Allgemein wird anerkannt, dass es eine durch die Demografie getriebene Komponente der Leistungsentwicklung gibt. Angesichts des demografischen Wandels ist somit auch langfristig von kontinuierlichen Fallzahlensteigerungen auszugehen (Lux et al. 2013). Ferner ermöglicht der medizinische Fortschritt zunehmend Eingriffe an Hochbetagten. Beispielsweise sind minimalinvasive Herzklappenoperationen zu nennen, die in den letzten Jahren erhebliche Steigerungsraten bei über 75-Jährigen aufwiesen (Dröslers und Weihermann 2013). Ob allerdings zusätzlich noch monetär getriebene Wachstumseffekte existieren, wird aktuell intensiv diskutiert.

Eine vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebene Studie kommt zu dem Ergebnis, dass ein signifikant positiver Zusammenhang von Vergütung und Leistungsmenge der DRG-Pauschalen besteht. Im Detail bedeutet dies, dass im Rahmen der DRG-Konvergenzphase Krankenhäuser mit einem hohen krankenhausindividuellen Basisfallwert signifikant höhere Fallzahlen erbracht haben als Krankenhäuser mit einem niedrigen Basisfallwert. Ebenfalls werden Fallzahlsteigerungen insbesondere bei Leistungen mit hohem Gemeinkostenanteil bzw. niedrigen variablen Kosten beobachtet. Dies weist darauf hin, dass Fallzahlsteigerungen insbesondere bei Leistungen mit niedrigen Grenzkosten umgesetzt wurden (Augurzky et al. 2012b). Ökonomisch induzierte Fallzahlsteigerungen würden die Patienten einer Überversorgung und damit verbundenen unnötigen Behandlungsrisiken aussetzen.

Eine von der DKG unterstützte Studie zur Mengentwicklung kann zumindest für einige auffällige Leistungsbereiche (u. a. Hüft-TEP, Knie-TEP, Herzschrittmacher) zeigen, dass der Fallzahlenanstieg gleichzeitig mit einer deutlichen Verbesserung der Indikationsqualität einhergeht. Ein nicht medizinisch indizierter, sondern rein ökonomisch motivierter Fallzahlenanstieg wird daher zurückgewiesen (Blum und Offermanns 2012). Auch wenn Patientengefährdungen im Zusammenhang mit Mengenausweitungen empirisch nur schwer nachweisbar sind, besteht aber kein

Zweifel daran, dass die Arbeitsintensität in den Krankenhäusern infolge der Anreize des Vergütungssystems deutlich zugenommen hat und durch die gestiegene Arbeitsbelastung von Pflegekräften und Ärzten das Fehlerpotenzial zu Lasten der Patienten anzusteigen droht (Braun et al. 2011).

2.2.4 Zuweiserprämien

Wie oben dargestellt, haben Krankenhäuser ein großes Interesse daran, ihre Fallzahlen zu steigern. In diesem Zusammenhang ist der ambulante Sektor von großer Bedeutung. Mehr als die Hälfte aller Patienten werden aufgrund einer ärztlichen Einweisung in ein Krankenhaus aufgenommen (Statistisches Bundesamt 2012). Entsprechend gewinnt das Einweisermanagement zunehmend an Bedeutung. Manche Krankenhäuser gehen aber noch über das Einweisermanagement, das primär auf die Pflege der Beziehung zu den niedergelassenen Ärzten abzielt (z. B. durch Informationsveranstaltungen, Weiterbildungen, Zufriedenheitsanalysen, etc.), hinaus und versuchen, durch Gewährung finanzieller oder geldwerter Vorteile die Einweiserbindung zu stärken und Patientenströme gezielt in das Krankenhaus zu leiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die niedergelassenen Ärzte dem Patienten nicht die beste Einrichtung empfehlen, sondern sich womöglich an den Gegenleistungen der Krankenhäuser orientieren. Unter Qualitätsgesichtspunkten kann es somit zu einer suboptimalen Wahl des Leistungsanbieters kommen. Daher ist eine solche Kooperationsbeziehung rechtlich unzulässig (s. Abschnitt 2.3).

Die Relevanz von Zuweiserprämien konnte durch eine vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebene Studie bereits empirisch belegt werden. 40% der befragten Einrichtungen geben an, dass Zuweiserprämien gelegentlich oder häufig gewährt werden. Ein Viertel der Krankenhäuser war bereits mindestens einmal mit einer entsprechenden Erwartungshaltung der niedergelassenen Ärzte konfrontiert. Ferner sind ca. einem Fünftel der Leistungserbringer die gesetzlichen Regelungen oder Verbote weitgehend unbekannt bzw. es besteht ein Desinteresse daran (Bussmann 2012).

2.2.5 Chefarztverträge/Bonusregelungen

Viel diskutiert wurden in der jüngeren Vergangenheit die unerwünschten Anreize und die potenziell negativen Folgen von Bonusregelungen in den Verträgen der Chefarzte. Die Vertragsgestaltung für Chefarzte orientiert sich in der Regel an Musterverträgen, herausgegeben von der DKG. Diese sehen seit 2002 den Wegfall des Liquidationsrechts und die Bevorzugung einer variablen Beteiligung der Chefarzte am Gesamterfolg des Krankenhauses/der Fachabteilung vor. Auch wenn die Mustervorgaben nicht bindend sind und das Liquidationsrecht nach wie vor die dominierende Gestaltungsform darstellt, finden die neuen Regelungen doch in vielen deutschen Krankenhäusern bei neu abgeschlossenen Verträgen Anwendung.

Der variable Anteil an der gesamten Chefarztvergütung beläuft sich laut einer Studie der Managementberatung Kienbaum auf ca. 50% und ist damit sehr hoch (Schoder 2011). Immer größeren Zuwachs finden dabei Bonusvereinbarungen, die meist auf quantitativen Zielgrößen hinsichtlich Fallzahlen, Casemix oder betriebswirtschaftlicher Faktoren (z. B. Betriebsergebnis) basieren. Solche Konstellationen

können dazu führen, dass ärztliche Entscheidungen an wirtschaftliche Kriterien gekoppelt werden und bergen die Gefahr bzw. setzen den Anreiz, unnötige Leistungen für die Patienten zu erbringen.

2.2.6 Rationierung

Reichen die Anstrengungen eines Krankenhauses, wirtschaftlich zu arbeiten, nicht aus, können einerseits über Leistungsmengensteigerungen zusätzliche Umsätze generiert werden, wodurch eine mögliche Überversorgung der Patienten drohen könnte (siehe Abschnitt 2.2.3 Mengendynamik/-ausweitung); andererseits müssen womöglich medizinisch sinnvolle oder sogar notwendige Leistungen aufgrund begrenzter Ressourcen unterlassen werden.¹ Den zweiten Fall bezeichnet man als Rationierung.

Empirische Belege für Rationierung im Krankenhaus sind schwer zu finden. In einer bundesweiten Fragebogenstudie von Strech et al. haben unter 507 Klinikern aus den Bereichen Intensivmedizin und Kardiologie über drei Viertel der Befragten geantwortet, dass sie innerhalb der letzten sechs Monate nützliche Leistungen aus Kostengründen vorenthalten mussten. Besonders häufig werden demnach pflegerische und diagnostische Maßnahmen aufgeschoben oder unterlassen – bei etwa 10% aller Einrichtungen passiert dies sogar wöchentlich (Strech et al. 2009 und 2010). Ebenso hat die Analyse von Strech et al. ergeben, dass das klinische Personal als Kompensationsmechanismus häufig auf kostengünstigere Alternativen als ursprünglich geplant zurückgreifen muss. Auch Schultheiss (2004) konnte im Rahmen qualitativer Interviews Hinweise für Rationierung finden, die insbesondere Intensivstationen, pflegerische Leistungen und die Arzneimittelversorgung betreffen.

Quantitative Daten liegen in diesem Themenfeld nicht vor, was verdeutlicht, dass es an dieser Stelle noch erheblichen Forschungsbedarf gibt. Das liegt zum einen daran, dass das Thema Rationierung nach wie vor ein Tabu-Thema in der gesundheitspolitischen Debatte ist. Zum anderen liegt es aber auch daran, dass die Grenzen zwischen Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung häufig verschwimmen und somit klare Aussagen erschweren. Für die Patienten entsteht ein Risiko, sobald medizinisch sinnvolle Leistungen aufgrund ökonomischer Überlegungen nicht erbracht werden, und daraus wird eine akute Gefahr, sobald dies auf medizinisch notwendige Leistungen ausgeweitet wird. Anzeichen für Entwicklungen in diese Richtung gibt es bereits, explizite Belege aber noch nicht.

¹ Rationierung bietet sich vorwiegend für Leistungen an, die keine direkte Erlösrelevanz besitzen (z. B. ein Großteil der pflegerischen Versorgungstätigkeiten). Lassen aber zusätzliche Erlöse aufgrund der Kostenstruktur des Krankenhauses keine positiven Deckungsbeiträge erwarten, erhöht sich auch für solche Leistungen das Rationierungspotenzial.

2.3 Gesundheitspolitische Regulierungsmechanismen

Im vorigen Abschnitt wurden zahlreiche potenziell problematische Bereiche herausgearbeitet, in denen sich ökonomische Anreize und medizinische Gesichtspunkte gegenüberstehen. Auf viele dieser Aspekte wurde von gesetzgeberischer Seite bereits reagiert. Angesichts der Kostenentwicklung steht dabei insbesondere die Fallzahlentwicklung im Fokus des Interesses. Da ab 2007 klare Fallzahlsteigerungen erkennbar waren, wurde im Jahr 2009 von gesetzgeberischer Seite der Mehrleistungsabschlag eingeführt. Für gegenüber dem Vorjahr zusätzlich vereinbarte Leistungen müssen Krankenhäuser einen Abschlag hinnehmen. Wie in § 4 Abs. 2a KHEntgG festgelegt, gilt aktuell ein Mehrleistungsabschlag von 25 %. Ferner werden Mengensteigerungen über die budgetäre Deckelung des Krankenhausumsatzes begrenzt. Unvereinbarte Leistungssteigerungen sind aufgrund des Mehrerlösausgleichs finanziell für die Krankenhäuser unattraktiver. Dennoch ist weiterhin eine stark steigende Fallzahlentwicklung zu verzeichnen. Weitergehende Regelungen sind ggf. nach Abschluss des Gutachtens zur Analyse der Leistungsentwicklung nach § 17b Abs. 9 zu erwarten. Als Regelungsmechanismen werden beispielsweise Zweitmeinungen als Mittel zur Steigerung der Indikationsqualität, um nicht-indizierte Behandlungen zu verhindern, der Übergang zu Direkt- bzw. Selektivverträgen oder die Einführung eines Zertifikatehandels für Leistungsmengen – analog zum CO₂-Emissionsrechtehandel – diskutiert.

Auch im Hinblick auf unerwünschte intra- und intersektorale Verlagerungseffekte gibt es bereits Regulierungsmechanismen. Grundsätzlich greift an dieser Stelle § 17c KHG, wonach die Krankenhäuser dafür Sorge zu tragen haben, dass keine Patienten stationär aufgenommen und behandelt werden, bei denen keine Erfordernis besteht. Außerdem sollen Patienten weder zu lange stationär liegen noch verfrüht entlassen werden. Die Einhaltung dieser Vorgaben wird vom medizinischen Dienst der Krankenkassen stichprobenartig geprüft. Darüber hinaus führen die vom Gesetzgeber bereits bei Einführung des DRG-Systems gesetzten Verweildauergrenzen dazu, dass der Anreiz, Patienten zu früh an andere Versorger auszulagern, abgemildert wird. Ebenfalls hat der Gesetzgeber mithilfe der Regelungen zu Fallzusammenführungen (in der Fallpauschalenverordnung) dafür gesorgt, dass Anreize zur Splittung einzelner Behandlungsfälle für das einzelne Krankenhaus ökonomisch uninteressant werden.

Des Weiteren wurde zahlreichen problematischen Anreizaspekten mit dem Versorgungsstrukturgesetz begegnet. So wurde angesichts der Schnittstellenproblematik von stationärem und ambulantem Sektor in § 39 SGB V Abs. 1 ein Anspruch auf Entlassmanagement festgeschrieben. Außerdem wurde in § 73 Abs. 7 SGB V explizit eine Zuweisung gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile verboten. Im Zuge der medialen Diskussion über Zuweiserprämien wurde überdies die Gründung von regionalen Clearingstellen beschlossen, die als Ansprechpartner zur Prüfung von Kooperationsverträgen zur Verfügung stehen.

Im Hinblick auf die bisherigen fallzahlabhängigen Vergütungsbestandteile in Chefarztverträgen wird außerdem eine gesetzliche Reglementierung angestrebt. Die DKG hat dazu im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer bis Ende April 2013 Empfehlungen für die Vergütung von Chefarzten hinsichtlich der fallzahlorientierten Bonuszahlungen ausgearbeitet (DKG 2013). Krankenhäuser müssen im

Qualitätsbericht angeben, ob sie diese Empfehlungen einhalten. Die Einrichtungen, die von diesen Empfehlungen abweichen, sollen wiederum explizit darlegen, für welche Leistungsbereiche vergütungsrelevante Zielvereinbarungen bestehen.

Über diese konkreten vergütungsbezogenen Regulierungsmechanismen hinaus hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren verschiedene Maßnahmen implementiert, um die Autonomie des Patienten und seine Position gegenüber den Leistungserbringern zu stärken. Patienten sollen vermehrt in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse eingebunden werden und es sollen ihnen umfassende Informationsangebote hinsichtlich des Leistungsgeschehens und der Behandlungsqualität bereitgestellt werden. Beispiele hierfür sind die Beteiligung von Patientenvertretungen im G-BA, die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Erstellung von Qualitätsberichten, die Ernennung eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung und nicht zuletzt das Patientenrechtegesetz von 2013. Dieses betrifft auch die Rechtsprechung bei Behandlungsfehlern, indem die bisher übliche Praxis hinsichtlich der Beweislastbringung seitens der Leistungserbringer gesetzlich festgeschrieben wird. All diese Institutionen und Maßnahmen dienen auch der Verbesserung der Patientensicherheit im Krankenhaus.

2.4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Vergütungssysteme für ärztliche Leistungserbringer müssen mehreren Zielsetzungen gerecht werden. Vor allem sollen sie Anreize für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung der Patienten setzen. In diesem Spannungsfeld stehen als Werkzeuge verschiedene Vergütungsformen zur Verfügung. Eine auf die Hebung von Effizienzreserven gerichtete Gesundheitspolitik hat mit dem DRG-System morbiditätsorientierte risikoadjustierte Pauschalen in den Vordergrund gestellt. Deren Anreize in Richtung einer Verkürzung der Verweildauer, aber auch einer Erhöhung der Fallzahlen sind deutlich wirksam. Eine tatsächliche Patientengefährdung aus diesen Gründen ist jedoch empirisch bisher nicht feststellbar, zumal der Gesetzgeber sukzessive flankierende Maßnahmen sowohl innerhalb als auch außerhalb des stationären Vergütungssystems getroffen hat. Auch lassen sich keine negativen Auswirkungen auf die Leistungsqualität nachweisen (Fürstenberg et al. 2013). Gleichwohl stellt sich die Frage, ob eine Ergänzung des DRG-Systems durch qualitätsorientierte Elemente anzustreben ist. Dazu müssten verstärkt Anstrengungen zur Etablierung von Indikatoren der Ergebnisqualität auch über die Patientenmortalität hinaus unternommen werden, die dann im Rahmen eines erweiterten Public Reporting und für die Einführung von Pay-for-Performance-Elementen ins stationäre Vergütungssystem verwendet werden könnten. Die Verschärfung der Schnittstellenproblematik gerade zum ambulanten Versorgungsbereich kann als weiteres Argument gesehen werden, die Vergütungssysteme der beiden Sektoren zu harmonisieren, auch um nicht medizinisch induzierte Verlagerungen zu vermeiden. Im ambulanten ärztlichen Vergütungssystem sollte außerdem der ambulant erbrachte Beitrag zum Überleitungsmanagement berücksichtigt werden.

Literatur

2

- Augurzky B, Beivers A, Gülker H. Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI Materialien No. 72. Essen: RWI 2012a.
- Augurzky B, Felder S, Wasem J, Gülker H, Siemssen N. Mengenerwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV Spitzenverbandes. RWI-Projektbericht. Essen: RWI 2012b.
- Blum K, Offermanns M. Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern. Düsseldorf: DKI 2012.
- Braun B, Buhr P, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R. Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Hans Huber 2010.
- Bussmann KD. Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“. Berlin: GKV-Spitzenverband 2012.
- DKG. Empfehlungen gemäß § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen. Berlin 2013. www.dkgev.de/media/file/13716.RS149-13_Anlage.pdf (25. Juli 2013).
- Drösler S, Weyermann M. Entwicklung der Leistungen für hochbetagte Patienten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart: Schattauer 2013; 49–68.
- Eiff W von, Schüring S, Niehues C. REDIA-Studie - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer prospektiven und medizin-ökonomischen Langzeitstudie 2003 bis 2011. In: Eiff W von, Prinz A, Senninger N, Steinmeyer HD, Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht, Bd. 7. Münster: LIT Verlag 2011.
- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Nolting HD, Schmidt T. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG – Endbericht des dritten Forschungszyklus. Siegburg: INEK 2013.
- Hilgers S. DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern – Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität. Wiesbaden: Gabler 2011.
- Kopp G, Hinkel I, Mau W. Veränderungen der Zuweisungen und der Komplikationen bei Patienten in der Anschlussrehabilitation nach Hüft- und Kniegelenkendoprothesen-Operationen mit Einführung des DRG-Systems. *Phys Med Rehab Kuror* 2009; 19: 142–8.
- Lux G, Steinbach P, Wasem J, Weegen L, Walendzik A. Demografie und Morbiditätsentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart: Schattauer 2013; 69–82.
- Schoder J. Durchschnittseinkommen der Chefärzte im Jahr 2010 leicht gesunken. *Chefärzte Brief* 2011; 2: 1–4.
- Schultheiss C. Im Räderwerk impliziter Rationierung. *psychoneuro* 2004; 30: 221–6.
- Schwenzer T, Jähne J. Patientenauswahl in Krankenhäusern der Maximalversorgung auf Basis ökonomischer Daten. *Der Chirurg* 2012; 83: 259–67.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2012.
- Stillfried D von, Czihal T, Jansen K. Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten – Ein Beitrag zur Methodik der Messung von Verlagerungseffekten und grobe Abschätzung der Bedeutung. *Das Gesundheitswesen* 2011; 73: 124–33.
- Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G. Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134: 1261–6.
- Strech D, Marckmann G. Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht? *Dtsch Med Wochenschr* 2010; 135: 1498–502.
- SVR. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: Deutscher Bundestag 2012.

- Vogd W. Paradoxe Effekte der DRG-Einführung. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland: Standortbestimmungen und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 119–31.
- Welsch T, Frankenberg M, Simon T, Weitz J, Jüstel D, Büchler MW. Krankenhauskooperationsmodelle. *Der Chirurg* 2012; 83: 274–9.