

# Krankenhäuser in der Anreizfalle

Gerade im Gesundheitswesen, wo das höchste aller Güter verhandelt wird, die Gesundheit der Menschen, fallen die individuellen und kollektiven Betrachtungsweisen in vielerlei Hinsicht oft diametral auseinander. Klassisch geworden ist die Erzählung von Peter Sawicki, dem ersten Leiter des deutschen Qualitäts-Instituts „IQWiG“, der einem älteren Ehepaar den Nutzen einer Arzneimitteltherapie darstellt, um nach aller Einsicht in deren marginale Evidenz die Schlussfolgerung zu hören: „Aber wir lieben uns“. Auch eine geringe Aussicht auf einen erwarteten Nutzen kann individuell eine hohe Verheißung bedeuten. Soll das Gesundheitswesen von daher „kollektiv“ auf eine evidenzbasierte Medizin verzichten? Auf gar keinen Fall. Aber die Abwägung im Einzelfall steht in der Verantwortung der medizinischen Ethik. Dieser Maßstab kann durchaus in Konflikt zu ökonomischen Anreizen geraten. Dem Anreiz für den Arzt, (k)einen Arztwechsel des Patienten zu riskieren, ihn ebenso ertragreich wie kostengünstig zu behandeln, d.h. Vergütung zu erzielen und Zeit zu sparen.

Ein Vergütungssystem, das dem Arzt einen solchen Konflikt erspart, gibt es nicht. Pauschalierte Vergütungssysteme weisen ebenso Fehlanreize auf wie nicht pauschalierte. Und dort, wo der Arzt auch selbst Kaufmann ist, bleibt für den Einzelfall die Gelassenheit angesichts der systematischen Mischkalkulation von Pauschalierungen am weitesten zurück. Hier scheint der Ruf nach medizinischer Ethik gegenüber den ökonomischen Anreizen ebenso laut wie das (eigene) Vertrauen in diese Ethik leise. Eine ausgeprägte Trennung von ärztlicher Ethik und ökonomischer Verantwortung scheint von daher vorteilhaft, weil der unvermeidliche Konflikt möglichst weit vom einzelnen Patienten entfernt auszutragen ist. Der Ruf nach idealisierten Vergütungssystemen – vgl. den Beitrag von Bernd Noll und Sascha Wolf in dieser Ausgabe – scheint eine kaum realisierbare Perspektive. Allerdings werden es die Ärzte zu Recht als Zynismus empfinden, wenn die Ordnungsprinzipien des Versorgungssystems und die aus ihr folgenden Anreize qualitätsorientierte Strukturanforderungen systematisch außer Acht lassen. Den Stand der Diskussion für die stationäre Versorgung in Deutschland berichten in dieser Ausgabe Anne Kathrin Stich, Cornelia Gleisberg, Katharina Koltermann und Peter Follert.

In der Tat hat der Übergang von tagespauschalen Pflegesätzen zu DRG-Fallpauschalen nicht nur die Effizienz der stationären Behandlung erhöht, sondern auch ökonomische Anreize zur Vermehrung von dem Vergütungssystem nach attraktiven Leistungen gesetzt, während die Qualität der

Behandlung vielfach nicht in gleicher Weise gesichert wurde. Zu Recht hat der Bundesgesetzgeber daraufhin systematisch auf Qualitätsindikatoren gesetzt, die schon in die Krankenhausplanung eingehen sollen. Denn die Krankenhäuser zulasenden und über sie Aufsicht führenden Länder gewinnen so Maßstäbe für gute Krankenhausversorgung und Instrumente, ihre Beachtung auch durchzusetzen. Denn Versorgungsaufträge, deren konstitutiven Anforderungen dauerhaft nicht erfüllt werden, müssen korrigiert werden.

Wenn die planungsrelevant zu stellende Qualität der Indikationsstellung oder Prozessqualität bei definierten Leistungen systematisch den Standard der medizinischen Kunst unterschreitet, verletzt das Krankenhaus so seinen Versorgungsauftrag. So kann es nicht angehen, dass z.B. bei Frühgeburten systematisch kein Pädiater anwesend ist. Hier ist der unverzichtbare strukturelle Schutz der medizinischen Ethik nicht länger gewährleistet.

Auf welchem dünnem Eis die deutsche Gesundheitspolitik laviert, selbst wenn sie nach jahrelanger Diskussion ihre Richtung gefunden hat, zeigt die Realisierung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Länder gleich welcher parteipolitischen Fassung, Bayern und NRW als Beispiel, weigern sich, die Qualitätsindikatoren in ihre Bedarfsplanung zu übernehmen. War, was sich Krankenhausplanung nennt, bisher schon meist das verzweifelte Tagwerk nachgehender Buchführung, ist diese Weigerung ein neuer Tiefpunkt föderalen Unverständes. Und nebenbei: Das aktuelle Positionspapier „Patient First“ der Friedrich-Ebert-Stiftung, das länderzentriert sektorenübergreifende Versorgung voranbringen will, wird nach diesem Befund als buchhalterische Vorübung aufgefasst werden können: Als Luftbuchung.

Karl-Heinz Schönbach