

Hält die Krankenhaus-Regulierung ethischen Kriterien stand?

BERND NOLL,
SASCHA WOLF

Prof. Dr. Bernd Noll lehrt
Wirtschaftsethik und Volks-
wirtschaftslehre an der
Hochschule Pforzheim

Prof. Dr. Sascha Wolf lehrt
Volkswirtschaftslehre und
Gesundheitsökonomik an der
Hochschule Pforzheim

Die Autoren untersuchen die vom deutschen System der Krankenhausregulierung ausgehenden Anreize aus ordnungs-, unternehmens- und individualethischer Sicht. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Krankenhausfinanzierung weniger dem Ziel einer Stärkung der Patientenorientierung als vielmehr der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit folgt. Die vorherrschende Dominanz der Kostenperspektive führt zu Konflikten zwischen Politik, Krankenhausmanagement und Leistungserbringern, die insbesondere auf der Individualebene zu moralischen Verwerfungen führen. Ein konsistenter Ordnungsrahmen benötigt gleichgerichtete Interessen von Management, Ärzten, Pflegern und Patienten. Hierzu bedarf es einer deutlich stärkeren Ergebnisorientierung als bisher.

1. Einleitung

Ein Vergütungssystem hat immer Auswirkungen auf das Verhalten, die Entscheidungen und Leistungen der durch dieses honorierten Personen. Dies trifft umso mehr zu, je stärker der Wettbewerb um knappe Ressourcen ausgeprägt ist und je mehr intransparente, diskretionäre Entscheidungsspielräume bestehen (vgl. Gosden, Forland, Kristiansen et al. 2000). Daher liegt die Vermutung nahe, dass insbesondere im Krankenhausesektor die Gestaltung der Honorierung erheblichen Einfluss auf die Performance der Leistungserbringer ausübt. Denn einerseits ist es das erklärte Ziel der Politik, durch einen forcierten Wettbewerb zwischen den Kliniken einen als notwendig erachteten Strukturwandel zu erzwingen, andererseits zeichnen sich stationäre, bereits im Einzelfall mitunter kostspielige Therapieentscheidungen durch einen hohen Komplexitätsgrad und mehrdimensionale Einflussfaktoren aus.

Auch wenn die Ausgestaltung der Krankenhausvergütung zu großen Teilen

den Partnern der Selbstverwaltung überlassen bleibt, so erfolgen die zentralen Weichenstellungen durch den Gesetzgeber. Sie sind somit gesundheitspolitischer Natur und Teil der Ordnungsebene. Unter der ökonomischen Annahme, dass die Leistungserbringer ihr Verhalten an den ordnungspolitischen Rahmen anpassen, sind etwaige unmoralische Entscheidungen primär politisch induziert. Die zentrale politische Aufgabe besteht somit darin, Fehlanreize zu identifizieren und einen mit ethischen Anliegen konsistenten Ordnungsrahmen zu etablieren.

Die Situation wird jedoch dadurch verkompliziert, dass die Akteure verschiedener Ebenen im Gesundheitswesen unterschiedlichen Anreizen und ethischen Anforderungen unterliegen. So kann es durchaus sein, dass eine aus Arztperspektive moralisch fragwürdige Verhaltensweise, wie z.B. die Priorisierung eines jungen Patienten gegenüber eines älteren, aus Sicht der mit begrenzten Mitteln agierenden Klinikleitung oder Krankenkasse ethisch verantwortungsvollem Handeln entspricht. Es bleibt

somit nicht nur die Frage zu klären, inwieweit die aktuelle Regulierung der Krankenhausvergütung ethischen Kriterien standhält, sondern darüber hinaus, ob ein allgemeingültig ethisch orientiertes Handeln im Gesundheitswesen überhaupt möglich ist.

2. Zielsetzung und Wirkungen des DRG-Systems

Die Umstellung auf ein Fallpauschalensystem hat die monetären Anreize für Krankenhäuser bei der Leistungserbringung grundlegend verändert. Zuvor wurde die Höhe der Vergütung vor allem anhand der Verweildauer der Patienten bemessen. Da im Regelfall kostenintensive Behandlungen wie z.B. Operationen zu Beginn des Krankenhausaufenthalts durchgeführt werden, sind die täglichen Kosten pro Patient am Anfang hoch, fallen dann aber mit jedem weiteren Aufenthaltstag, wodurch folglich der Deckungsbeitrag zunimmt (vgl. Hilgers 2011, S. 38 ff.). Es ist daher kaum verwunderlich, dass sich Deutschland zu dieser Zeit hinsichtlich der Länge der durchschnittlichen stationären Verweildauer in der europäischen Spitzengruppe befand (vgl. Schölkopf, Stapf-Finé 2003).

Vom aktuellen DRG-System werden unterschiedliche Anreize gesetzt, die sowohl intendierte als auch nichtintendierte Reaktionen hervorrufen.

Im Vergleich hierzu setzt die seit 2003 praktizierte Vergütung auf Basis diagnosebezogener Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) diametral entgegengesetzte Anreize. Für jeden Behandlungsfall erhält das Krankenhaus nun eine von der Verweildauer weitgehend unabhängige Pauschale, die sich an den bundesweit durchschnittlichen Kosten vergleichbarer Behandlungsfälle orientiert. Mit dem Anspruch, „mehr Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität“ (BMG 2001) in der Krankenhausversorgung herzustellen, strebt der Gesetzgeber eine zeitliche Verkürzung der stationären Aufenthalte und eine leistungsgerechte Vergütung, die einerseits zu mehr Wettbewerb unter den Krankenhäusern und andererseits zu ei-

nem bedarfsgerechteren und effizienteren Ressourceneinsatz führen soll, an (vgl. Braun, Rau, Tuschen 2008).

In der Tat führte das neue Vergütungssystem zu einer spürbaren Verkürzung der stationären Aufenthalte und einer Stärkung des Klinikwettbewerbs. So sank die durchschnittliche Verweildauer um knapp 25 Prozent von 9,7 Tagen im Jahr 2000 auf 7,4 Tage in 2014, während die Anzahl der Kliniken um 12 Prozent von 2.242 auf 1.980 zurückging (DKG 2015). Gleichzeitig setzt das System jedoch zwei Fehlanreize, die unter den Stichworten Rosinenpicken und Mengenausweitung zusammengefasst werden können.

Der erste Fehlanreiz des Rosinenpickens resultiert aus der Ermittlung der Fallpauschalenhöhe. Zwar setzt das mit der Berechnung betraute Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von den Krankenhäusern erhobene Ist-Kosten an, um auf diese Weise zu verhindern, dass einzelne Fallgruppen für die Krankenhäuser lukrativer sind als andere. Das InEK greift dabei jedoch auf Daten des Vor-Vorjahres zurück. In diesen zwei Jahren werden bei interventionellen und operativen Behandlungen aber zumeist höhere Effizienzsteigerungen erreicht als z.B. im Bereich der Geriatrie, wodurch sich für die Kliniken bei ersteren höhere Gewinnmöglichkeiten ergeben (vgl. Wehkamp 2012). So beklagt auch der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, dass „die Betriebswirte in den Krankenhäusern sich von jungen und akut erkrankten Patienten in Zeiten von Fallpauschalen,

Renditeerwartungen und Arbeitsverdichtung höhere Gewinne versprechen als von alten Menschen und chronisch Kranken“ (Montgomery 2016). Die Einigung der Selbstverwaltungspartner, im Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2017 eine stärkere Umverteilung von Sachkosten hin zu Personalkosten vorzusehen, könnte dem Problem entgegenwirken. Es bleibt jedoch zu befürchten, dass sich in einem komplexen medizinisch-ökonomischen Patientenklassifikationssystem immer Möglichkeiten zur Ausnutzung von Regulierungslücken finden lassen, die entsprechende Anpassungsreaktionen bei den Betroffenen auslösen und auf diese Weise den Grundstein für Interventionsspiralen legen können.

Der zweite vom DRG-System ausgelöste Fehlanreiz ist die Mengenausweitung. Zwischen den Jahren 2006 und 2010 nahm der Case-Mix, d.h. die Summe aller mit den Schweregraden gewichteten stationären Fälle auf DRG-Ebene, um 13 Prozent zu, was einer jährlichen Wachstumsrate von 3,1 Prozent entspricht. Im selben Zeitraum stieg die durchschnittliche Fallzahl nur um 8,1 Prozent bzw. 2,0 Prozent pro Jahr (vgl. Augurzky, Gülker, Mennicken 2012). Auch in der jüngsten Vergangenheit muss ein weiterer, wenn auch niedrigerer Anstieg des Case-Mix konstatiert werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2015). Obgleich die Ursachen für den Case-Mix-Anstieg umstritten sind,¹ kann nicht von der Hand gewiesen werden, dass entgegen den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)² die Kliniken weiterhin großflächig leistungsbezogene Zielvereinbarungen mit variabler Vergütung einsetzen und dadurch anbieterinduzierten Effekten Vorschub leisten. Zwar ist der Anteil von Kliniken in öffentlicher Trägerschaft, die Zielvereinbarungen mit variabler Vergütung auf Ebene des Gesamthauses nutzen, seit zwei Jahren rückläufig (2014: 52 Prozent, 2016: 35 Prozent). Bei freigemeinnützigen (2014: 29 Prozent, 2016: 28%) und privaten Kliniken (2014: 48 Prozent, 2016: 54 Prozent) ist ein solcher Trend jedoch nicht festzustellen. Auf Ebene der Fachabteilungen ist der Anteil der Kliniken, die dieses Anreizinstrument einsetzen, mit 58 Prozent bei öffentlichen, 41 Prozent bei freigemeinnützigen und 58 Prozent bei privaten Kliniken im Jahr 2016 sogar noch deutlich höher (vgl. DVKC 2016).

1 Das Deutsche Krankenhausinstitut rechtfertigt den ansteigenden Case-Mix u.a. mit dem medizinisch-technologischen Fortschritt, neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, medizinischer Leitlinien, einem veränderten Einweisungsverhalten und veränderten Patientenpräferenzen. Siehe Blum, Offermanns 2012.

2 Die DKG hat im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer im April 2013 eine „Empfehlung gemäß § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen“ gegeben. Darin heißt es, dass „Zielvereinbarungen zwischen Krankenträgern und Chefärzten mit ökonomischen Inhalten [...] grundsätzlich legitim sind“. Um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung zu sichern, dürften jedoch „finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden.“ Die Neuformulierung des §135c SGB V zu Jahresbeginn 2016 hat die Handlungsspielräume für leistungsorientierte Vereinbarungen noch einmal eingeengt.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass von dem aktuellen DRG-System unterschiedliche Anreize gesetzt werden, die sowohl intendierte als auch nichtintendierte Reaktionen hervorrufen. Ob das Problem der Fehlanreize systemimmanent ist oder welche Reformen zu deren Überwindung notwendig wären, soll an dieser Stelle nicht das Thema sein. Vielmehr soll es im Folgenden darum gehen zu überprüfen, inwieweit die von der aktuellen Regulierung ausgehenden Anreize ethischen Bewertungsmaßstäben gerecht werden.

3. Zum Verhältnis von Ordnungs-, Unternehmens- und Individualethik

Die ethische Qualität des deutschen Krankenhauswesens und der sich darin vollziehenden Interaktionen lassen sich nur durch Analyse des Zusammenspiels ordnungs-, unternehmens- und individualethischer Anliegen klären. Die Ordnungs- oder Makroebene wird von der Politik gesteuert, meso- oder unternehmensethische Anliegen sind auf der Ebene der im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser verortet, die Mikro- oder Individualebene bezieht sich auf die Arbeit am Krankenbett (grundsätzlich dazu Noll 2013, S. 44 ff.).

3.1. Die ordnungsethische Perspektive

Auf der ordnungsethischen Ebene sind die Regeln für ein bedarfsgerechtes, qualitativ hochwertiges und effizientes Gesundheitswesen und damit zugleich auch für die Krankenhausversorgung zu installieren. Es gilt das Primat der Politik und nicht das Primat der Ökonomik, wie es häufig heißt (vgl. z.B. Neumann 2011, S. 79; Simon, in: Deutscher Ethikrat 2014, S. 9). Auf politischer Ebene ist zu verhandeln, wie mit den in einer Gesellschaft zur Verfügung stehenden knappen Ressourcen umzugehen ist. Hier ist der mit Max Weber als Verantwortungsethiker zu bezeichnende Politiker gefragt, der im Sinne der teleologischen Ethik die Folgen abwägt, wenn er Ressourcen auf verschiedene Verwendungszwecke wie das Gesundheitswesen, das Bildungswesen oder die innere Sicherheit aufteilt, priorisiert und rationiert. Der Verantwortungsethiker wird daher nicht leichtfertig den egalitären Anspruch formulieren, dass jeder Mensch eine umfassende und allen medi-

zinischen Standards entsprechende solidarisch finanzierte medizinische Versorgung zur Heilung von Krankheiten und zur Linderung seiner Leiden erhalten wird. Es ist ein Versprechen, dass angesichts der Konkurrenz der verschiedenen Zwecke bei knappen Ressourcen so nicht einhaltbar ist – und angesichts der mit der Alterung der Gesellschaft und des medizinisch-technischen Fortschritts verbundenen Ausgabensteigerungen immer weniger einhaltbar sein wird. Jedenfalls dann nicht, wenn das Ziel Beitragssatzstabilität in der GKV aufrechterhalten wird und keine neuen Finanzquellen erschlossen werden sollen (vgl. Noll, Wolf 2017). Bei Klärstellung dieser Zusammenhänge hat die Politik in den letzten Jahrzehnten wenig verantwortungsethisch agiert.

Immerhin dokumentiert die ursprüngliche Zielsetzung des DRG-Systems, Handlungsfreiheit und Verantwortung der Leistungserbringer zu stärken, um auch Kreativität und Innovation zu befördern. Die Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Katalogs, die zu einer zunehmenden Detailsteuerung geführt hat, zeugt hingegen von technizistischem Denken – eine Entwicklung, die bei den von der Regulierung betroffenen Leistungserbringern zumindest ambivalente moralische Muster hervorbringt, weil es neue Moral-Hazard-Probleme für eine opportunistische Abrechnungsgestaltung eröffnet, zu Motivationsverlusten bei den Betroffenen führt und für ein Gefühl der Bevormundung sorgt.

3.2. Krankenhäuser: Produzenten von Vertrauensgütern und Wirtschaftsunternehmen

Krankenhäuser lassen sich als personenbezogene und wissensintensive Dienstleistungsunternehmen charakterisieren, die Vertrauensgüter produzieren. Mit der Informationsökonomie lässt sich dann von Vertrauensgütern sprechen, wenn der Nachfrager weder vor noch nach der Inanspruchnahme die Qualität der erbrachten Leistung exakt einschätzen kann. So weiß der Patient im Regelfall anders als der behandelnde Arzt weder genau, welche Behandlung er benötigt oder benötigt hätte und wie fachfraulich oder fachmännisch die Behandlung erfolgt wird bzw. erfolgt ist. Sind z.B. die

Beschwerden nach einer Operation eines Prostata-Leidens weiterhin vorhanden, so kann dies daran liegen, dass die OP fehlerhaft ausgeführt wurde. Ursache kann aber auch sein, dass der Patient im Vergleich

Die ethische Qualität des Krankenhauswesens lässt sich nur durch Analyse des Zusammenspiels ordnungs-, unternehmens- und individualethischer Anliegen klären.

zu anderen Menschen eine untypische Narbenbildung aufweist. Auch wenn den Ärzten umfassende Aufklärungspflichten obliegen, bleibt zwischen ihnen und den Patienten aufgrund der komplexen medizinischen Zusammenhänge eine asymmetrische Informationslage bestehen. Solch ein Informationsgefälle findet sich zwar auch auf anderen Dienstleistungsmärkten, z.B. wenn man das Auto zu einem Kraftfahrzeugmechaniker zur Reparatur bringt oder Leistungen eines Taxifahrers in einer fremden Stadt in Anspruch nimmt. Im Unterschied zum Kraftfahrzeugmechaniker und Taxifahrer ist medizinisches und pflegerisches Handeln allerdings personenbezogen und erfolgt häufig in einer psychisch und physisch diffizilen Lage des Patienten in einem ihm ungewohnten Umfeld, ist daher also besonders moralisch sensibel. Der Patient muss mithin in besonderer Weise darauf vertrauen, dass sein Gegenüber fachkompetent und moralisch integer ist. „Das ist eigentlich etwas Ungeheuerliches. Das ist so, als würden Sie mit jemandem eine extrem schwierige Klettertour wagen, den Sie nicht kennen“, formuliert der Medizinethiker Georg Marckmann (zitiert nach Albrecht 2015).

Daneben sind Krankenhäuser – unabhängig von ihrer Trägerschaft – Wirtschaftsunternehmen (instruktiv aus historischer Perspektive dazu Simon, in: Deutscher Ethikrat 2014, S.10), die primär dazu angehalten sind, unternehmerischen (= ökonomischen) und verwaltungstechnischen (= administrativen) Anliegen bei der Leistungserstellung Rechnung zu tragen. Die Verfolgung dieser Zielsetzungen erwartet man primär vom Krankenhausmanagement. An diesem

Punkt wird allerdings deutlich, dass sich Krankenhäuser im Beziehungsgeflecht unternehmens- bzw. organisationsethischer und medizinethischer Anforderungen bewegen. Die Unternehmensverantwortung umfasst neben der wirtschaftlichen Leistungserstellung auch die Verantwortung für das klinische Kerngeschäft, d.h. ein medizinisch und pflegerisch adäquates Handeln gegenüber den Patienten und gegebenenfalls auch ihrer Angehörigen zu gewährleisten. Das Spannungsfeld ist offensichtlich, denn die moralischen Imperative einer ärztlichen Standesethik, einer Ethik der Pflege und einer klinischen Behandlungsethik koinzidieren nicht notwendig mit dem unternehmensethischen Anliegen; dieses sieht sich nicht nur den Patienten, sondern auch den Stakeholdergruppen der Anteilseigner, der Krankenversicherungen, den Versicherten und Steuerzahlern verpflichtet.³

Idealtypisch und überspitzt formuliert, begegnen sich im Krankenhaus aufgrund ihrer Funktion Verfechter zwei weit auseinander liegender Wertekulturen und Moralvorstellungen (Krüger, Rapp 2006):

- Für die patientennahen Berufsgruppen wie z.B. Ärzte, Schwestern oder Pfleger steht schon aufgrund des engen sozialen Bezugs der Patient mit seiner Krankheit, seinem Leiden und seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt. Sie verfechten daher meist eine deontologische Ethik resp. Pflichtethik. Bekanntester Vertreter dieser Position ist I. Kant mit seinem kategorischen Imperativ: Handle so, dass die Maxime deines Willens zugleich Grundlage eines allgemeinen Gesetzes sein könnte. Der kategorische Imperativ könnte dementsprechend lauten: „Du sollst Deinen Patienten die bestmögliche Therapie und Pflege zukommen lassen!“ Es ist ein Theorieansatz, der die strikte Beachtung von Normen und Pflichten unabhängig von sozialen Kontexten hervorhebt.
- Die patientenfernen Berufsgruppen wie Geschäftsleitung und Verwaltung der Krankenhäuser, daneben aber auch Krankenkassen oder Gesundheitspolitiker, müssen sich aufgrund ihrer Aufgabe eher einer teleologischen resp. utilitaristischen Ethik im Sinne der britischen Philosophen J. Bentham und J. Stuart Mill verpflichtet sehen. Sie stellen bei ethischen Erwägungen nicht

den Wert der einzelnen Handlung, sondern die Folgen einer Handlung für die Organisation „Krankenhaus“ oder die Gesellschaft in den Vordergrund. Daher werden sie das Wohl der Organisation oder das Gemeinwohl im Konfliktfall auf Kosten des Wohlergehens Einzelner aus verantwortungsethischer Sicht priorisieren.

Über die Fallpauschalen kehrte ein einseitiges, verkürztes ökonomisches Denken in die Geschäftsleitung der Krankenhäuser ein: die Orientierung am Prinzip der Kostenminimierung.

„Ethik rechnet sich – jedenfalls langfristig“, lautet eine Grundauffassung von Unternehmensethikern. Unternehmen, die nicht nur einmal, sondern wiederkehrend mit ihren Stakeholdern Geschäfte machen wollen oder dauerhaft in Beziehung stehen, werden sich im Regelfall schon aus Eigeninteresse moralisch verhalten. Moral wird in dieser Perspektive als produktive Ressource begriffen. Moralisch integrires Handeln fördert Vertrauen bei den Stakeholder-Gruppen und senkt Transaktionskosten, d.h. Kosten der Suche geeigneter Marktpartner, der Aushandlung von Verträgen sowie der Abwicklung und Kontrolle der Einhaltung von Vertragsvereinbarungen.

Ob man diesen Gedanken ohne weiteres von typischen Wirtschaftsunternehmen auf Krankenhäuser übertragen kann, daran lassen sich allerdings Zweifel anbringen. Das Netz der Regulierung ist für Krankenhäuser enger, dichter als das von Unternehmen. Unternehmen können bei hoher Produkt- oder Servicequalität von Kunden höhere Preise als Reputationsprämie verlangen. Bei Krankenhäusern ist die Kundenbeziehung aufgespalten in die Patienten als Leistungsempfänger und Krankenversicherungen als Zahler. Patienten sind mithin nur begrenzt als Kunden anzusehen. Ihre Mitsprachemöglichkeiten über Zuschnitt und Umfang der Leistung sind aufgrund der Vorfestlegungen der Krankenkassen, aber auch ihrer Informationslage faktisch eng begrenzt. Sie sind überdies hinsichtlich der entstehen-

den Kosten indolent, da nicht sie selbst, sondern die Kassen zahlen. Aber auch Patienten orientieren sich an der Reputation eines Krankenhauses. Reputation ist mithin ein zentrales Ziel des Krankenhauses, um mehr Patienten akquirieren zu können. Doch ein Krankenhaus kann für eine qualitativ hochwertigere und intensivere Patientenbetreuung keinen Qualitätsaufschlag verlangen (vgl. Wolf, Amelung 2015, S. 44). Besonders schwierige – weil in der Diagnose unklare oder durch Multimorbidität charakterisierte – Behandlungsfälle ermöglichen keine besondere Honorierung. Daher kehrt über die Praxis der Fallpauschalen unabdingbar ein einseitiges, verkürztes ökonomisches Denken in die Geschäftsleitung der Krankenhäuser ein, nämlich die Orientierung am

Prinzip der Kostenminimierung. Faktisch bedeutet dies wie bereits beschrieben eine Verkürzung der Verweildauer der Patienten bei gleichzeitiger Ausweitung der Fallzahlen, beides gleichermaßen Anreize mit fragwürdigen Konsequenzen aus medizinethischer Sicht. Diese werden als ethische Dilemmata von Ärzten und Pflegekräften wahrgenommen und in der Beziehung zwischen dem medizinischen Personal und Patienten praktisch.

3.3. Ärzte und Pflegepersonal am Krankenbett

Der Arzt im Krankenhaus sieht sich mit widerstreitenden Anforderungen bei der Ausübung seiner Tätigkeit konfrontiert, die er als ethisches Dilemma erlebt. Diese vollziehen sich in der Face-to-Face Begegnung mit seinen Patienten. Die Vorgaben seiner ärztlichen Standesethik und der klinischen Behandlungsethik sagen ihm, bei der Behandlung die Patienten und deren Interessen immer voranzustellen. Zugleich agiert er im Team eines Krankenhauses, das sich im Wettbewerb um knappe Fonds bewähren muss. Die engen und aus wirtschaftsethischer Sicht nicht überzeugenden Rahmenbedingungen, die die Politik auf der Ordnungsebene gesetzt hat, werden von der Geschäftsleitung des

³ Ob dabei die „Maßstäbe klinischer Ethik die ranghöchsten sein“ müssen, wie es M. Kettner (2011, S. 29) formuliert, wird sich so generell nicht postulieren lassen, sondern muss in ethischen Diskursen geklärt werden.

Krankenhauses in Verhaltensanreize für die beschäftigten Ärzte und Pflegekräfte umgesetzt. Zentrale und damit legitime Zielsetzung ist es, die längerfristige Existenz des Unternehmens „Krankenhaus“ zu sichern. Die Erzielung von Überschüssen oder zumindest Vermeidung von Verlusten ist somit gleichsam eine „Überlebenaufforderung“, und zwar unabhängig von Rechtsform und Eigentumsverhältnissen.

Daher werden – genau wie in anderen Unternehmen – von der Geschäftsführung ergebnisorientierte Vergütungsverträge mit den Chefarzten vereinbart. Oder ihnen werden Boni gewährt, wenn sie die Leistungen für bestimmte Patientengruppen zurückfahren, um die anfallenden Kosten zu reduzieren. Aus organisationsethischer Perspektive sind diese Instrumente legitim, befördern sie doch die Motivation, sich mit den Zielsetzungen des Krankenhauses zu identifizieren. Doch zugleich geraten Ärzte durch diese Anreize in heikle und für Patienten folgenschwere moralische Konflikte:

- Sollen sie eine implizite Rationierung praktizieren, indem sie dem Patienten nützliche Maßnahmen vorenthalten oder durch weniger effektive, aber kostengünstigere Alternativen ersetzen? Empirische Erhebungen zeigen, dass diese Form der Rationierung schon jetzt nicht nur in Hochkostenbereichen in nennenswertem Umfang stattfindet (vgl. Reifferscheid, Pomorin, Wasem 2015).
- Soll dem Patienten aus unternehmerischen Überlegungen zu einer Hüft- oder Knieoperation geraten werden, auch wenn Gewichtsabnahme, Sport oder Krankengymnastik die für das Patientenwohl sinnvolleren Lösungen wären?
- Aus abrechnungsökonomischer Sicht besteht ein Anreiz, aus einem längeren mehrere kurze Krankenhausaufenthalte zu machen. Sollen die notwendigen Behandlungen eines multimorbiden Patienten daher fragmentiert werden, um höhere Erlöse generieren zu können? Oder ist dies moralisch nicht verantwortbar, weil ein solches Vorgehen für den Patienten mit zusätzlichen Belastungen und Aufregungen verbunden wäre und eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten aus dem Blick geraten ließe?

Nun hat die Beziehung zwischen behandelndem Arzt und Patient für das Vertrauen des Patienten in die Integrität des Krankenhauses eine Schlüsselfunktion inne. Dies kommt nicht zuletzt in dem hohen Stellenwert der freien Arztwahl für die Versicherten zum Ausdruck (vgl. Wolf, Amelung 2015, S. 48). Genau hier offenbart sich die moralische Achillesferse der mit der DRG-Regulierung verbundenen Anreizmuster. Patienten wissen um die asymmetrische Information zwischen ihnen und dem Krankenhauspersonal, erkennen aber, dass der Arzt – und im eingeschränkten Maße auch das Pflegepersonal – im Sinne der Principal-Agent-Theorie als „Doppelagenten“ agieren:

- Sie nehmen zum einen eine Agentenstellung für den Patienten wahr. Dieser erwartet von ihm, dass er eine sorgfältige Diagnose stellt, fachlich kompetent berät und alle medizinisch nützlichen Versorgungsmaßnahmen einleitet. Allerdings weiß er aus anderen Delegationsverhältnissen, dass Agenten aus Opportunismus immer auch Eigeninteressen verfolgen.
- Der Patient erkennt zum anderen aber auch die Agentenstellung des medizinischen Personals gegenüber deren Arbeitgeber „Krankenhaus“ mit gegenläufigen Ansprüchen.

Daher fragen sich Patienten misstrauisch, ob die Behandlung primär dem eigenen Gesundheitsprozess, den finanziellen Interessen des Arztes oder gewissen ökonomischen Zielvorgaben des Krankenhauses dient.

Pflegekräfte stecken in ähnlichen ethischen Dilemmata. Die Care-Ethik⁴ verlangt von ihnen die menschliche Begegnung mit Patienten und ihren Angehörigen in der Ausnahmesituation „Krankenhausaufenthalt“. Der menschliche Kontakt, Anteilnahme, Ermutigung und Zuwendung und das Eingehen auf die mitunter kleinen Bedürfnisse des Kranken machen den Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen aus. Allerdings sind die zeitlichen Spielräume für eine solche zwischenmenschliche scheinbar „nicht-funktionale“ Kommunikation im System der DRG-Fallpauschalen nicht vorgesehen. Administrative Aufgaben reduzieren die Räume für persönliche Betreuung, so dass Schwestern und Pfleger

ihren selbstgesetzten tugendethischen Maximen des Respekts gegenüber und der Empathie mit den Patienten nicht gerecht werden können. Patienten nehmen dies als

Wie ist das Regulierungsregime weiter zu entwickeln, um Instrumentalisierungsstrategien der Patienten präventiv zu begegnen?

implizite Form von (Zeit-)Rationierung wahr, und bei Pflegekräften hat dies auf Dauer Frustration und den Verlust intrinsischer Motivation zur Folge.

Wo bleibt der Patient? Nun, er soll mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung stehen! Normativer Angelpunkt des Gesundheitswesens ist das Patientenwohl, das sich in den ethischen Kriterien Selbstbestimmung des Patienten, hohe Behandlungsqualität und gerechter Zugang zu den knappen Ressourcen des Gesundheitssystems manifestiert (vgl. Deutscher Ethikrat 2016, S. 8). Daher betont die ehemalige Ethikrats-Vorsitzende Christiane Wooten: „Der Patient ist Zweck der Gesundheitsversorgung, nicht Mittel zur Ertragsmaximierung“ (zitiert nach Deutscher Ethikrat 2014, S. 3). Viele befürchten indes eine zunehmende Umkehrung dieser Zweck-Mittel-Relation im Vergleich zu dem Regulierungsregime vor Einführung des DRG-Systems. So meint Michael Simon, dass früher Geld als Mittel zum Zweck der Patientenversorgung angesehen wurde, während nunmehr die Patientenversorgung Mittel zum Zweck der Erlösgenerierung geworden sei oder werde (so Simon, zitiert nach Deutscher Ethikrat 2014, S. 9). Da ist Verklärung mit im Spiel, denn wenn Patienten früher veranlasst wurden, zur Generierung garantierter tagesgleicher Pflegesätze eine überlange Verweildauer im Krankenhaus zu verbringen, war auch dies moralisch illegitim. Drastischer formuliert: Patienten waren Mittel zum Zweck der Erwirtschaftung von Erträgen. Doch dies ergibt natürlich keine Rechtfertigung für durchaus erkennbare illegitime Zweck-Mittel-Verkehrungen heute. Es stellt sich vielmehr die Frage, wie das

4 Zum Konzept der Care-Ethik vgl. auch Deutscher Ethikrat 2016, S. 40 f., S. 78.

Regulierungsregime weiter zu entwickeln ist, um solchen Instrumentalisierungsstrategien der Patienten möglichst präventiv zu begegnen.

4. Von der Leistungs- zur Ergebnisorientierung

Die Ausnutzung von Regulierungslücken zur Gewinnsteigerung mag aus ethischer Perspektive mitunter kritikwürdig sein. Aus ökonomischer Sicht hingegen entspringt der Wille zur Gewinnmaximierung rationalem Handeln und ist weniger dem einzelnen Akteur vorzuwerfen als vielmehr auf den fehlerbehafteten Ordnungsrahmen zurückzuführen. Aus diesem Grund hat die GKV-Selbstverwaltung in den vergangenen Jahren zur Schließung von Regulierungslücken das Vergütungssystem immer diffiziler und feingliedriger ausgestaltet. Allein die Anzahl der DRGs hat sich seit Einführung des Systems im Jahr 2003 auf heute 1.255 fast verdoppelt (vgl. InEK 2017). Mit zunehmender Homogenität der abrechenbaren Einzeldiagnosen erhöhen sich zwar Steuer- und Kontrollierbarkeit des Systems, andererseits jedoch werden dadurch die Handlungsspielräume und der Wettbewerb immer weiter eingeschränkt. Der eingeschlagene Weg endet in letzter Konsequenz in einer klassischen, rein mengenorientierten Einzelleistungsvergütung.

Einen ersten Schritt für eine strategische Neuausrichtung bei der Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung ist der Gesetzgeber mit dem Krankenhausgesetz 2016 (KHSG) gegangen. Durch die angestrebte Verbesserung der Qualitätstransparenz, verbunden mit möglichen Zu- bzw. Abschlägen für über- bzw. unterdurchschnittlich eingestufte Kliniken, soll der Weg in Richtung einer qualitätsorientierten Vergütung geebnet werden (Augurky 2017). Aber auch nach Umsetzung des KHSG spielen nicht-mengenabhängige Erlösbestandteile finanziell weiterhin eine nur untergeordnete Rolle (vgl. Schreyögg 2017). Deutlich zielorientierter wäre eine systematische Implementierung von Vergütungsbestandteilen in das DRG-System, die nicht am Krankheitszustand, sondern am Behandlungsergebnis ansetzen.

Dieser Ansatz findet unter der Bezeichnung Pay-for-Performance (P4P) in eini-

gen Gesundheitssystemen wie den USA oder Großbritannien bereits seit mehreren Jahren subsidiäre Anwendung (vgl. Amelung, Jensen, Krauth, Wolf 2013). Auch in der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg oder in zahlreichen Verträgen zur Integrierten Versorgung werden P4P-Elemente zumindest partiell eingesetzt. Dies bedeutet, dass die Höhe der Vergütung auch abhängig gemacht wird vom Erreichen definierter Gesundheits- und Versorgungsziele. Hierbei können es sich sowohl um strukturelle (z.B. Qualifikationsanforderungen, Zugang zur Versorgung), prozedurale (z.B. leitliniengerechte Behandlung) als auch ergebnisbezogene (medizinischer Outcome) Anforderungen handeln. Studien zeigen,

Nur wenn das bestmögliche Behandlungsergebnis ausschlaggebend für die Krankenhausvergütung ist, können die Managementziele mit den medizinischen Zielen in Übereinstimmung gebracht werden.

dass P4P zu Qualitätsverbesserungen führen kann, ebenso sind aber auch nicht-intendierte Wirkungen zu konstatieren, die den Fehlanreizen des DRG-Systems nicht unähnlich sind.⁵

Die Weiterentwicklung des DRG-Systems in Richtung einer ergebnisorientierten Vergütung ist aus ökonomischer Sicht dem bisherigen Weg einer zunehmenden Kleinteiligkeit vorzuziehen. Denn während die Erhöhung der Anzahl der DRGs die Regulierungsfesseln enger zuzieht, eröffnet eine Ergebnisorientierung die Chance für mehr Qualitätswettbewerb.

Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren erscheinen zwar besonders aussagekräftig, weil sie am ehesten am Patientenwohl, der ethischen Leitmaxime des Krankenhauswesens, anknüpfen können (vgl. dazu Deutscher Ethikrat 2016, S. 7, S. 52 f.; Hauptverband Österreichischer Sozialversicherungsträger 2016, S. 6 f.; Osterloh, Rost 2005). Doch ist ihre Konzipierung, Erhebung und Bewertung schwierig und ihre Nutzung ethisch heikel: Die notwendigen Beurteilungsverfahren dürfen keine Moral Hazard Effekte bei

den Leistungserbringern hervorrufen und diese müssen das Bewertungsverfahren als fair ansehen. Daher wäre der Gesundheitszustand nach erfolgter Behandlung kein ethisch akzeptabler Indikator, weil ihm diskriminierende Effekte inhärent sind. So wäre z.B. die „Attraktivität“ gewisser Patientengruppen – z.B. schwer Erkrankte, Kranke mit unklarem Krankheitsbild – für das behandelnde Team gering. Es käme zur Selektion bei der Patientenaufnahme.⁶ Fairness werden zudem die beurteilten Leistungserbringer dem Bewertungsverfahren nur dann zubilligen, wenn der medizinische Outcome exakt erfasst und gemessen werden kann und direkt zu-rechenbar ist, denn Verantwortung für Handlungsergebnisse wird jemand sich nur dann zuschreiben lassen wollen, wenn er den Geschehens- bzw. Handlungsablauf kontrollieren kann. Zurechnungsschwierigkeiten ergeben sich dadurch, dass der Genesungsprozess in vielen Fällen ein längerfristiges und komplexes Zusammenspiel von ärztlicher Behandlung und klinischer Pflege, aber auch vom Verhalten des Patienten selbst wie von seinem privaten Umfeld ist. Doch trotz dieser Schwierigkeiten wird Gesundheitspolitik sich künftig verstärkt damit auseinandersetzen müssen, wie ergebnisbezogene Indikatoren stärker zum Einsatz kommen können. Nur dann lässt sich ein qualitativ hochwertiges Krankenhauswesen aufrechterhalten.

5. Schlussfolgerungen

Es ist die Aufgabe der Politik zu entscheiden, wie mit den begrenzten Ressourcen einer Gesellschaft umzugehen ist. Von daher ist es legitim, wenn sie sich die Ziele einer Begrenzung des Kostenanstiegs bei der stationären Behandlung und einer Restrukturierung des Krankenhaussektors gesetzt hat. Bislang ist es jedoch weder der Politik noch den Partnern der Selbstverwaltung gelungen, einen adäquaten Mechanismus zu entwickeln, der in Richtung einer effizienten

⁵ Hierzu gehören die Selektion von gewinnträchtigen Patienten („Rosinenpicken“), die Fokussierung auf Indikatoren, die mit Bonuszahlen verbunden sind („Multitasking-Problem“), der Anreiz zur Angabe geschönter Ergebnisse („Gaming“) sowie der hohe Dokumentationsaufwand für die Ergebnismessung. Vgl. Krauth, Jensen, Wolf, Amelung 2013.

⁶ So wird auch heute schon darüber geklagt, dass Krankenhäuser die Aufnahme gewisser Patientengruppen meiden. Vgl. Deutscher Ethikrat, 2016, S. 73.

Allokation der Ressourcen wirkt. Von daher wäre es auch verfehlt, von einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu sprechen. Die Ökonomik ist die Lehre vom guten Wirtschaften und nicht von der beständigen Kostenminimierung. Genau dieser Anreiz wird jedoch durch das aktuelle DRG-System gesetzt.

Vor diesem Hintergrund haben die DRGs unbestreitbar zu einer deutlichen Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität geführt. Gleichzeitig schürt der jetzige ordnungspolitische Handlungsrahmen ethische Konfliktherde zwischen den beteiligten Akteuren. Der vom System nach wie vor ausgehende Anreiz, Pati-

enten als Objekte zur Erlösgenerierung zu betrachten, führt auf Ebene der Arzt-Patient- bzw. Pflege-Patient-Beziehung zu einem von oben erzwungenen Abbau persönlichkeitsbezogenen Engagements. Die persönliche Interaktion wird durch eine immer weiter zunehmende technizistische Detailsteuerung zurückgedrängt und führt mitunter zu moralischen Verwerfungen auf der Individualebene.

Über alle Ebenen des Krankenhauses hinweg konsistente ethische Handlungsanreize lassen sich nur durch einen Ordnungsrahmen setzen, der die Konfliktlinien zwischen den beteiligten Akteuren ernst nimmt, beseitigt und gleichgerich-

tete Interessen herstellt. Hierzu bedarf es eines stärker ergebnisorientierten Finanzierungssystems. Denn nur, wenn die Erzielung des bestmöglichen Behandlungsergebnisses ausschlaggebend für die Vergütung des Krankenhauses ist, können die wirtschaftlichen Managementziele mit den medizinischen Zielen der Leistungserbringer in Übereinstimmung gebracht werden. Die größte Herausforderung bei der Gestaltung eines Ordnungsrahmens, der ethischen Anforderungen Rechnung trägt, ist somit die Entwicklung eines Indikatorenkatalogs, der die exakte Erfassung und Zuordnung des medizinischen Outcomes ermöglicht. ■

Literatur

- Albrecht, H. (2015).** Zeit für einen neuen Eid, DIE ZEIT Nr. 46, 12. November 2015, <http://www.zeit.de/2015/46/aerzte-medizin-oekonomie-hippokratischer-eid-patienten> (Abruf: 10.03.17).
- Amelung, V., Jensen, S., Krauth, C., Wolf, S. (2013).** Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung, G+G Wissenschaft, 2, S. 7 – 15.
- Augurzyk, B. (2017).** Krankenhausversorgung nach dem KHSG – noch weitere Herausforderungen, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2017, Stuttgart, S. 3 – 12.
- Augurzyk, B., Gülker, R., Mennicken, R. et al. (2012).** Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Endbericht Mai.
- Blum, K., Offermanns, M. (2012).** Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case-Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts, Dezember.
- Braun, T, Rau, F., Tuschen, K. (2008).** Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht – eine Zwischenbilanz, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2007: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart New York, S. 3 – 22.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2001).** Kabinettschließt Gesetzentwurf für ein Fallpauschalengesetz. Leistungsgerechte Vergütung durch diagnose-orientierte Fallpauschalen verbessert Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung, Pressemitteilung vom 29.08.2001.
- Deutscher Ethikrat (2014).** Vom Krankenhaus zum kranken Haus? Klinikalltag zwischen ethischem Anspruch und Kostendruck, <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/ht-22-10-2014-simultanmitschrift.pdf> (Abruf: 10.03.17).
- Deutscher Ethikrat (2016).** Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (Abruf: 10.03.17).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) (2015).** Krankenhausstatistik 2015, http://www.dkgev.de/media/file/22436.Foliensatz_Krankenhausstatistik_Stand_2015-12-14.pdf (Abruf: 10.3.17).
- Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling (DVKC) (2016).** Controlling im deutschen Krankensektor 2016 – Studienergebnisse zum aktuellen Stand und zu Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern, http://www.dvkc.org/fileadmin/Dokumente/Controlling-Studie/Ergebnisse_2016/2016_Krankenhaus-Controlling_Studie.pdf (Abruf: 12.03.17).
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. et al. (2000).** Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physician, Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Hauptverband Österreichischer Sozialversicherungsträger (2016).** Pay-for-Performance im Gesundheitswesen. Wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.635519&version=1479885394> (Abruf: 12.03.17).
- Hilgers, S. (2011).** DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern – Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität, Wiesbaden.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2017).** Fallpauschalen-Katalog 2017, http://www.g-drg.de/content/download/6507/49346/version/1/file/Fallpauschalen_Katalog_2017_161125.pdf (Abruf: 10.03.17)
- Kettner, M. (2011).** Organisationsethik im Krankenhaus – das nächste große Ding, in: Kettner, M., Koslowski, P. (Hrsg.), Wirtschaftsethik in der Medizin, München 2011, S. 27 – 36.
- Krauth, C., Jensen, S., Wolf, S., Amelung, V. (2013).** Vergütung im Gesundheitssystem, Public Health Forum 81.
- Krüger, C., Rapp, B. (2006).** Ethik im Gesundheitswesen: Behandlungsqualität – oberste Priorität, Deutsches Ärzteblatt, 6(103), A 320 – 322.
- Montgomery, F. (2016).** Grußwort zum 133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 26. bis 29. April 2016 in Berlin.
- Neumann, H. (2011).** Fünf Jahre DRGs – Rückblick und Zwischenbilanz, in: Kettner, M., Koslowski, P. (Hrsg.), Wirtschaftsethik in der Medizin, München 2011, S. 67 – 81.
- Noll, B. (2013).** Wirtschafts- und Unternehmensethik in der Marktwirtschaft, 2. Auflage, Stuttgart.
- Noll, B., Wolf, S. (2017).** Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive, Wirtschaftsdienst 97. Jg., im Erscheinen.
- Osterloh, M., Rost, K. (2005).** Eignet sich Pay for Performance im Gesundheitswesen, Diskussionspapier, http://www.suz.uzh.ch/dam/jcr:00000000-5b43-ff0a-ffff-ffff6509d71/Osterloh_Rost_2005.pdf (Abruf: 12.03.17).
- Reifferscheid A., Pomorin, N., Wasem, J. (2015).** Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern, Deutsche Medizinische Wochenschrift 140: e129 – e135.
- Schölkopf, M., Stapf-Finé, H. (2003).** Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung, das Krankenhaus, 2, S. 111 – 120.
- Schreyögg, J. (2017).** Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2017, Stuttgart 2017, S. 13 – 24.
- Statistisches Bundesamt (2015).** Gesundheit – Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Fachserie 12 Reihe 6.4.
- Wehkamp, K. (2012).** Abrechnung von Krankenhausleistungen: Ein System frei von Ethik?, Deutsches Ärzteblatt 109(39), A-1912/B-1562/C-1534.
- Wolf, S., Amelung, V. (2015).** Wie viel Wettbewerb braucht Managed Care? Gesundheits- und Sozialpolitik 3-4, S. 43 – 49.